

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

N°

198

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 21 mars 1907, à 1 heure

PAR

M. LERICHE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ULCÈRE HÉMORRAGIQUE

DE L'ESTOMAC

ET DE SON TRAITEMENT

Président : M. DEBOVE, *Professeur*

Juges : { MM. RAYMOND, *Professeur*
JEANSELME, *Agrégé*
CARNOT, *Agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

ALFRED LECLERC, ÉDITEUR

19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

1907

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DEBOVE

Doyen de la Faculté de Médecine de Paris

Professeur de Clinique Médicale

Médecin de l'Hôpital Beaujon

Commandeur de la légion d'honneur

Membre de l'Académie de Médecine

A MES PARENTS

TÉMOIGNAGE DE MA PROFONDE ET SINCÈRE RECONNAISSANCE

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MES AMIS

A TOUS MES MAÎTRES

AVANT-PROPOS

Le traitement de l'ulcère hémorragique de l'estomac a été de tout temps rempli d'incertitude. Est-il du ressort de la médecine ? S'adresse-t-il à la chirurgie ? Telles sont les questions qui se posent.

Les uns y répondent en se contentant des seules ressources médicales qu'ils aient à leur disposition. Les autres s'adressent au contraire aux différents procédés chirurgicaux.

Dans ce travail nous étudierons dans la première partie l'ulcère hémorragique de l'estomac, les formes cliniques, la source habituelle, et le diagnostic des hémorragies. Dans la seconde partie, nous nous occuperons du traitement médical, et du traitement chirurgical. Nous discuterons l'opportunité de l'un et de l'autre de ces deux traitements.

Avant d'entreprendre ce travail nous tenons à remplir un devoir : exprimer notre sincère gratitude à tous ceux qui furent nos maîtres.

Nous tenons tout particulièrement à exprimer toute notre reconnaissance à nos maîtres de l'école de Médecine et de l'Hôtel-Dieu de Reims, qui nous ont guidé au début de nos études médicales : en particulier M. HENROT, directeur de l'École de Médecine, M.M. les professeurs S. POZZI, LANGLET, HARMAN, HACHE, M.M. les docteurs GUELLIOT, HOËL, DE BOVIS, qui furent nos premiers maîtres patients et bienveillants.

A notre arrivée à Paris M. le professeur agrégé TROISIER nous a guidé avec une sollicitude toute paternelle : nous sommes heureux de trouver ici l'occasion de le remercier bien sincèrement. Nous nous souviendrons toujours des notions si claires et si savantes que nous avons apprises en suivant son service.

Que M. le professeur KIRMISSON soit assuré de notre reconnaissance ; c'est à ses cliniques magistrales que nous devons les notions de chirurgie infantile que nous possédons.

Remercions encore M. le professeur agrégé BONNAIRE qui nous a initié à la pratique des accouchements.

M. le docteur FERRAND, chef de clinique à l'hôpital Beaujon, a droit à notre profonde et sincère reconnaissance : c'est sur ses bons conseils que nous avons entrepris ce travail, qu'il reçoive ici l'hommage de toute notre gratitude.

A tous ces maîtres nous adressons l'expression de notre reconnaissance, et souhaitons que longtemps encore, d'autres après nous profitent de leur enseignement.

M. le professeur DEBOVE a bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, qu'il reçoive ici l'hommage de notre profonde et très respectueuse gratitude.

PREMIÈRE PARTIE

I. — Différentes causes des ulcérations de l'estomac.

Les causes des ulcérations de l'estomac sont multiples et variées ; nous laisserons entièrement de côté dans ce chapitre les ulcérations du cancer, nous nous occuperons seulement de l'ulcère simple, et des ulcérations de la muqueuse gastrique que l'on pourrait avec M. MARFAN, appeler ulcérations symptomatiques.

Encore mal connu, il y a quelques années, ce groupe prend actuellement de plus en plus d'importance.

Les nouvelles observations viennent s'ajouter chaque jour et augmenter le nombre des affections où l'on peut voir apparaître à un moment donné des ulcérations gastriques.

L'ulcère simple, c'est là, du reste, l'opinion, de nombreux anatomo-pathologistes et cliniciens, ne serait peut-être, au moins dans bien des cas, que le résultat de certaines des ulcérations symptomatiques que nous allons étudier.

D'une manière générale, ces ulcérations symptomatiques sont, soit le fait d'une irritation locale mécanique de la muqueuse gastrique, soit le résultat d'une gastrite aiguë ou chronique, quelle que soit du reste la cause de cette gastrite, intoxication ou infection.

*
* *

Chez les *nouveau-nés* qui succombent au deuxième ou

au troisième jour avec du melœna et parfois des hématoméses il est fréquent d'observer des plaques d'hyperhémie de la muqueuse de l'estomac ou de l'intestin, des ecchymoses, des foyers hémorragiques circonscrits, et de véritables érosions hémorragiques multiples, disséminées sur toute la surface gastrique.

Les cas de ce genre sont nombreux ; toutes ces lésions ont pu être constatées dans les vingt-quatre premières heures qui suivent la naissance.

POMORSKI, HOMEN, MÜNCHMEYER ont observé au second et au troisième jour, de ces érosions multiples de l'estomac, qui n'entament qu'en partie la couche glandulaire.

SWATELL cite un cas d'érosions rondes ou ovales de la petite courbure, observé chez un jeune garçon, mort quarante-cinq heures après sa naissance. Dès la vingt-et-unième heure étaient apparus une hématomèse soudaine et du melœna.

REMBOLD trouve également dans un cas de melœna des nouveau-nés, avec terminaison fatale à la cinquante-et-unième heure, sept ou huit érosions sur la face antérieure de l'estomac.

DELORE, HECKER rapportent des faits de même genre ; KLING a également observé chez un nouveau-né mort au quatrième jour, après avoir eu des hématoméses et du melœna dès le second, une large ulcération perforante de la deuxième portion du duodénum.

Les érosions hémorragiques des athrepsiques ont été étudiées surtout par BILLARD, RILLÉT et BARTHEZ, VOGEL, PARROT et HUTINEL. Ce sont de petites ulcération circulaires taillées à pic. Pour TREITZ et LUTON elles sont dues à l'action de l'urée. PARROT fait intervenir à la fois l'altération du sang, l'action du lait mal digéré, et du suc gastrique. Il est bien probable qu'il s'agit là comme dans l'urémie, de lésions toxémiques.

Cliniquement, ces lésions d'ulcérations aiguës de la muqueuse digestive chez le nouveau-né, sont souvent latentes, jusqu'au moment où des hématomèses, du méléna annoncent que leurs progrès sont déjà avancés. Ces hémorragies se voient dès la vingtième heure, et elles sont surtout fréquentes au second et au troisième jour après la naissance.

Les faits de méléna des nouveau-nés liés à l'existence d'ulcérations de la muqueuse digestive ne sont pas rares. Si dans quelques cas, l'accouchement a pu être laborieux, dans beaucoup d'autres, en revanche, le travail a été régulier, la mère parfaitement saine, indemne de toute infection.

* *
*

On peut voir survenir au cours des *infections les plus diverses* un ulcère de l'estomac avec hématomèse ; c'est ainsi que bon nombre d'auteurs, ont rapporté des observations très nettes.

PAPELLIER relève un fait d'ulcération toute récente de la région cardiaque de l'estomac, chez une femme de 57 ans, morte à la phase de suppuration d'un érysipèle.

Dans la thèse de JACOT-DESCOMBES on trouve rapportée une observation d'ulcération perforante de la région pylorique chez un tuberculeux atteint d'érysipèle.

CHAUSSEIER dès 1810, TONNELÉ, DUBOIS, ANDRAL, 1892, avaient été frappés des perforations en apparence spontanées de l'estomac, au cours de l'infection puerpérale.

COLOMBO a rencontré, chez un homme atteint de rétrécissement et de cystite aiguë, cinq larges érosions à fond brunâtre, dans la région pylorique de l'estomac.

Il en est de même dans les affections aiguës du poumon, le rhumatisme articulaire aigu, la dysenterie.

STARCK cite l'observation d'une femme de 52 ans qui avait eu des hématomèses et des douleurs gastriques à l'âge de 22 ans, et était atteinte depuis cette époque, par intervalles seulement, de quelques troubles gastriques. Les malaises réapparaissent, augmentent, et le 3 novembre la malade vomit soudain du sang en grande abondance.

Quelques jours après, le 9, les signes d'une pneumonie gauche sont évidents ; la mort survient le 12. L'autopsie révèle une hépatisation grise de tout le lobe inférieur du poumon gauche. L'estomac est uni au foie par des adhérences et resserré en forme de sablier ; sur la paroi postérieure existe un ulcère de 6 cent. et demi de large, à bords épaissis, à fond pancréatique, l'artère splénique apparaît érodée.

Nombreuses observations ont été publiées ; par GUTTMANN dans un cas de pleurésie ; par FYNBY au cours d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu ; par M. le Professeur DEBOVE à la suite de l'ouverture d'un adéno-phlegmon dans la région axillaire ; par FITZ à la suite de l'apparition d'une amygdalite ; par BATTAMNS au cours d'une affection salpingienne ; par M. le Professeur DIEULAFOY au cours d'une pneumonie ; tous ces faits rapportés dans des observations permettent de comprendre ceux dans lesquels on voit les symptômes cliniques d'un ulcère, constatés d'ailleurs à l'autopsie, apparaître après quelques mois (CAZENEUVE), un an (CODINLLA), ou davantage (MIKULICZ). — L'ulcération, née au moment de la phase infectieuse, est restée latente jusqu'à l'époque où certains symptômes sont venus traduire sa persistance, à l'état chronique.

* *
*

Les ulcérations par *irritation mécanique* comprennent les ulcérations produites par des corps étrangers, ou par

des liquides à température élevée, ou à propriétés corrosives.

Les ulcérations produites par des corps étrangers sont, en somme, assez rares. Ce sont en général des aliénés, des enfants, ou des individus en état d'ivresse qui avalent, volontairement, ou par accident, les objets les plus disparates suivant leur forme, ces corps étrangers séjournent dans l'estomac, ou passent dans l'intestin. Ceux qui restent dans l'estomac sont des corps volumineux : fourchettes, ciseaux, ou des corps irréguliers, présentant des aspérités, débris de verre, épingles à cheveux, boucles, etc.

Par leur contact avec la muqueuse, par la pression qu'ils exercent sur la paroi, ils finissent par produire une ulcération qui se traduit par des vomissements sanguinolents, ou le rejet de sang pur, rouge, ou noir. Le diagnostic sera alors facile, si l'on connaît l'existence dans l'estomac de ces corps étrangers. Mais les commémoratifs feront souvent défaut, si on a affaire à un enfant, à un aliéné ou si le malade a avalé les corps étrangers étant ivre. Il est vrai que par la palpation on pourra quelquefois sentir le corps du délit si celui-ci est volumineux. La radiographie en cette circonstance n'est pas sans rendre de très grands services, si elle ne suffit pas toujours à établir seule le diagnostic, son concours sera certainement d'une grande importance. Les caractères de la douleur sont importants. Elle est calmée momentanément par l'absorption d'aliments qui écartent mécaniquement les parois de l'estomac du corps étranger qu'ils englobent et qui quelquefois peut ainsi parvenir à passer dans l'intestin. C'est ainsi que se terminent dans les cas heureux les troubles dus à la présence d'un corps étranger dans l'estomac.

D'autrefois le corps étranger après avoir ulcéré les parois gastriques en amenant la perforation ; et il s'en suit une péritonite suraiguë mortelle, à moins que de fausses

membranes n'aient le temps de protéger la grande cavité péritonéale comme cela a pu se voir dans quelques cas.

*
* *

Les *brûlures de l'estomac* sont rares. Par le fait même de leur température, les liquides ne sont absorbés qu'en très petite quantité, et ils épuisent le plus souvent leur action au niveau du pharynx et de l'œsophage, dont les lésions toujours plus marquées ont une prédominante importance.

En même temps qu'existent des brûlures de la surface externe du corps, peuvent apparaître des ulcérations de l'estomac.

Cliniquement, ces ulcérations aiguës restent souvent latentes : elles peuvent ne point se révéler avant l'apparition d'une hématomèse abondante, de *melæna* répété, qui précède de peu la mort. Elles demeurent même parfois complètement ignorées, jusqu'au moment de la perforation. Dans des cas plus rares, leur évolution est accompagnée de vomissements ou de douleurs à la pression de la région épigastrique.

Dans ces cas, dès l'instant qui suit la destruction du revêtement cutané, il existe à n'en pas douter chez le brûlé une toxémie, au vrai sens du mot analogue à celle de l'infection la plus aiguë. Troubles bulbaires et cérébro-spinaux, hypothermie (FALK, 1871) ou hyperthermie, augmentation de la toxicité des urines (PONFICK, 1887) (BOYER ET GUINARD, 1894) vomissements, diarrhée, albuminurie, hématurie.

*
* *

D'une manière générale, les corrosifs sont des acides, acide azotique, acide sulfurique, acide chlorhydrique,

acide oxalique, etc, — ou des bases — alcalis, potasse, soude, etc, qui avalés par erreur produisent des ulcérations de la muqueuse gastrique. Alcalis et acides détruisent les éléments anatomiques et amènent la production d'escarres, au niveau du cardia surtout, mais aussi au niveau de la grande courbure et du pylore. Elle sont plus étendues lorsqu'elles sont produites par un alcali, et moins sèches que celles produites par un acide.

Aussitôt après l'absorption, le malade éprouve des douleurs atroces, puis rapidement apparaissent des vomissements, alimentaires d'abord, puis contenant des mucosités sanglantes, des lambeaux sphacélés de muqueuse. En même temps le malade évacue des selles diarrhéiques sanguinolentes.

Très souvent, le malade meurt avec tous les signes de collapsus, ou bien on voit apparaître rapidement une péritonite suraigüe par perforation de l'estomac. S'il guérit il présentera presque infailliblement les troubles qui caractérisent une sténose du pylore ou du cardia.

Le sublimé, le phosphore, l'antimoine, le nitrate d'argent, les sels de cuivre, peuvent aussi après l'absorption donner des escarres qui après leur chute laissent des ulcérations.

L'action directe de l'arsenic sur la muqueuse gastrique est établie par les expériences de HAYEM, et LION, qui chez un chien, auquel ils avaient administré de l'acide arsénieux mélangé aux aliments, ont constaté cinq ulcères siégeant sur la grande courbure et sur la face antérieure de l'estomac et du pylore.

BOHN et UNTERBERGER entre autres avaient observé que l'absorption de l'acide arsénieux par une plaie de la surface cutanée, est capable de provoquer une sorte de gastrite hémorragique et ulcéreuse qu'ils ont longuement étudiée.

FILEHNE expérimenta le même toxique injecté par la voie sous-cutanée chez des lapins. Il constata la production de lésions de la muqueuse gastrique dont la caractéristique était une dégénérescence rapide, primitive des épithéliums glandulaires ; cette dégénérescence pouvait exister seule ; l'hémorragie paraissait n'apparaître que plus tardivement.

G. BROUARDEL au cours de ses nombreuses constatations expérimentales sur ce même toxique, signale fréquemment l'existence de taches congestives, au niveau de l'estomac, parfois même de véritables plaques noirâtres, intéressant toute l'épaisseur de la muqueuse de la grande courbure (infarctus hémorragique).

*
* *

STRAUSS et BLOQ ont montré que l'alcool suffisamment concentré est aussi capable de produire des escarres et des ulcérations de la muqueuse gastrique. Ils en ont obtenu chez un lapin et chez un chien auxquels ils avaient donné à jeun de 80 à 160 grammes d'alcool.

Dans un cas d'absinthisme, HAYEM et LION ont observé de petites ulcérations de la muqueuse gastrique par nécrose des éléments anatomiques, ulcérations dues vraisemblablement suivant ces auteurs, à l'action directe de l'absinthe.

Dans l'alcoolisme, la gastrite avec érosions hémorragiques est fréquente. D'après M. MARFAN, on peut invoquer pour leur production, deux processus parallèles. Il y aurait à la fois inflammation interstitielle et dégénérescence graisseuse des éléments nobles. C'est cette dernière qui produit les taches blanchâtres, opaques que l'on peut observer sur la muqueuse gastrique, taches qui affectent une certaine ressemblance avec des plaques, de muguet,

et qui examinées au microscope, sur des coupes perpendiculaires à la surface, montrent une dégénérescence graisseuse des glandes et de l'épithélium (CORNIL et RANVIER). Le suc gastrique agira sur ces plaques, comme sur les parties altérées par un infarctus et par leur destruction amènera la formation d'érosions.

G. LUYLS a publié une observation de gastrite éthylique, terminée par mort subite par hémorragie, où il existait de multiples ulcérations.

Pour M. MATHIEU il faudrait avant de se prononcer définitivement sur la réalité de l'ulcère alcoolique, attendre des études, plus complètes. Peut-être se trouve-t-on en présence de la transformation d'une simple érosion en ulcère rond.

On sait que CRUVEILHIER considérait déjà les érosions hémorragiques produites par l'alcoolisme comme le premier stade de l'ulcère.

La fréquence de l'alcoolisme dans les antécédents des malades porteurs d'ulcère simple, a d'autre part été signalée par GILLES DE LA TOURRETTE.

Les signes cliniques qui accompagnent les érosions gastriques d'origine alcoolique n'en permettent le plus souvent pas le diagnostic.

*
* *

AUFRECHT avait expérimenté avec les injections de cantharidine, M. le professeur POUCHET, avec les injections d'alcaloïdes végétaux, M. le Dr CHEVALIER avec les injections d'albumines, GASPARD à l'aide de l'ergot de seigle. A la suite de toutes ces expériences on remarque sur l'estomac de l'animal sacrifié des plaques hémorragiques noirâtres des lésions ulcéralives.

*
* *

Les injections intra-péritonéales, intra-veineuses de cultures microbiennes ont été faites par M. LETULLE avec une culture de staphylocoques ; par MM. CHANTEMESSE et WIDAL avec des cultures isolées par eux dans la dysenterie ; par M. CHARRIN avec des cultures entières du bacille pyocyamique ; par M. WURTZ et LEUDET avec des cultures du bacille lactique ; par MM. HENRIQUEZ et HALLION en 1893 avec une toxine du bacille diphtérique ; par M. FAVRE avec des cultures du sang d'une éclamptique. A l'autopsie des animaux qui avaient servi à ces expériences, ces auteurs remarquaient des plaques hémorragiques, parfois des petites escarres noires, sur la muqueuse de l'estomac.

De tous ces faits expérimentaux qui précèdent, ce qui les domine tous, comme condition pathogénique c'est la toxémie, la diffusion dans les humeurs et les tissus de tout l'organisme de principes éminemment nocifs pour tous les éléments anatomiques. Cette toxémie, quelle qu'en soit la cause, est accompagnée de lésions identiques. La muqueuse de l'estomac est atteinte par ces principes répandus dans tout l'organisme, qui lui arrivent par la voie vasculaire. Les régions les plus atteintes, sont incontestablement la portion pylorique et la petite courbure.

*
* *

Des hémorragies peuvent se produire à la surface de la muqueuse gastrique, sans qu'il existe d'érosions, ni d'ulcérations. Elles paraissent relever alors des *troubles de la circulation*.

Des hématoméses peuvent survenir à la suite d'efforts de vomissements.

Dans la cirrhose du foie on observe fréquemment des hémorragies gastro-intestinales profuses, quelquefois mortelles. MM. DEBOVE et COURTOIS-SUFFIT passant en revue les différentes théories émises pour expliquer ces accidents, en ont montré l'insuffisance. D'après eux, presque tous les faits s'expliquent par l'hypothèse d'une congestion dans le système de la veine porte. Chez les sujets sains les congestions qui peuvent se produire dans ce système, ne donnent pas lieu à une hémorragie parce que le foie peut se tuméfier et loger une grande quantité de sang, et aussi parce que le passage du sang, du système porte dans le système cave est facile. Il n'en est plus de même dans la cirrhose, et alors les rameaux du système porte, sous l'influence de la congestion se laissent distendre à l'excès et se rompent. Habituellement la rupture se fait dans les capillaires de la muqueuse : la congestion étant subite, un grand nombre de capillaires se rompent à la fois. A l'autopsie, la ténuité des lésions fait qu'elles ne sont pas appréciables.

Les gastrorragies qui surviennent parfois dans l'hystérie, les gastrorragies supplémentaires des règles sont la conséquence de troubles vaso-moteurs et réflexes.

*
* *

Les *lésions syphilitiques* de l'estomac sont rares ; CHIARI, sur 243 autopsies de sujets syphilitiques, n'a trouvé de lésions spécifiques de l'estomac, que dans 3 cas. On ne doit pas en effet considérer comme lésions syphilitiques de l'estomac, les érosions hémorragiques consécutives aux lésions syphilitiques du foie. Les premières observa-

tions de syphilis de l'estomac sont dues à CORNIL et à KLEBS. Il existait plusieurs gommès non ulcérées dans le cas de CORNIL.

Au contraire, dans le cas rapporté par KLEBS, il y avait dans le voisinage du cardia, sur la face postérieure de l'estomac, une ulcération arrondie de 2 centimètres de diamètre, ayant creusé jusqu'au niveau de la couche sous-muqueuse la paroi gastrique épaissie et indurée. BIRCH-HIRSCHFELD a rapporté quatre observations de gommès de la muqueuse gastrique ramollies, et ayant donné naissance à une ulcération en général superficielle.

Ces ulcérations peuvent provoquer des douleurs très violentes comparables à celles de l'ulcère simple. Elles peuvent s'accompagner d'hématémèses assez abondantes comme chez la malade dont l'histoire fut rapportée par M. FOURNIER à l'Académie de Médecine. L'hématémèse dans le cas de MURCHISON, cité par GAILLARD, fut si abondante qu'elle entraîna la mort du malade. A l'autopsie, on trouva au centre de l'ulcération une artériole ouverte. Dans un cas, à cause de la tumeur perceptible et des hématémèses, la syphilis gastrique a pu simuler le cancer.

MURCHISON a publié deux cas d'ulcère rond typique chez des syphilitiques autopsiés. GILLES DE LA TOURRETTE admet cette étiologie de l'ulcère rond dans quelques cas. Pour lui en effet la pathogénie de l'ulcère rond ne doit pas être univoque. Pour M. GAILLARD cependant la syphilis se relève rarement dans les antécédents de sujets porteurs d'ulcus.

M. le Professeur DIEULAFOY rapporte une observation très nette et très précise de syphilis de l'estomac : « Cliniquement, dit-il ces lésions syphilitiques de l'estomac se traduisent par des symptômes qui suivant leurs allures, et leur groupement, rappellent la dyspepsie, la gas-

« tralgie, l'ulcère de l'estomac, le cancer de l'estomac.

« Parfois se déclare un ensemble de symptômes qui si-
« mulent à s'y méprendre l'ulcus simplex ; vives douleurs
« stomacales s'exaspérant pendant la digestion, localisa-
« tion des douleurs rachidienne et xyphoïdienne, intolé-
« rance de l'estomac, vomissements alimentaires, hématé-
« mèses, rien n'y manque.

« Dans quelques cas la lésion syphilitique de l'estomac
« revêt le masque de l'exulceratio simplex ; le malade sans
« avoir éprouvé de symptômes gastriques est pris d'héma-
« témèse foudroyante et succombe. A l'autopsie on trouve
« une artériole ouverte au niveau d'une exulcération.

« Enfin, dans d'autres circonstances, le malade atteint de
« troubles gastriques et d'amaigrissement présente en
« même temps une tumeur épigastrique. On croit à un
« cancer. Mais le malade étant syphilitique, on admi-
« nistre le traitement spécifique et la guérison survient.

« Ce polymorphisme de la syphilis stomacale prouve
« qu'il n'est aucun signe, aucun symptôme qui puisse per-
« mettre d'affirmer le diagnostic de syphilis de l'estomac.
« Toutefois, il est une notion qui doit toujours être présen-
« te à l'esprit, c'est que chez un malade atteint de symptô-
« mes gastriques on ne devra jamais oublier de rechercher
« la syphilis. Le traitement spécifique en pareille circons-
« tance guérit presque sûrement le malade. »

*
* *

Les *lésions ulcéreuses* aiguës de l'estomac sont nom-
breuses et leur origine est multiple. L'ulcère chronique
de l'estomac a été alternativement nommé ulcère simple
(CRUVEILHIER) ulcère perforant (ROKISTANSKY) *ulcus rotun-*
dum (NIEMEYER) variété spéciale à l'estomac, à l'œsopha-

ge, et au duodenum, et pour la première fois merveilleusement décrite par CRUVEILHIER.

Dès l'année 1830, CRUVEILHIER décrivait minutieusement l'ulcère chronique simple et le séparait définitivement du cancer de l'estomac avec lequel il avait été confondu jusqu'alors. En 1838, il complétait son œuvre, et il nous a laissé de cette maladie un tableau anatomique et clinique si complet, que par un juste hommage rendu à sa mémoire cette maladie doit porter son nom.

L'ulcère simple de l'estomac est habituellement arrondi, il prend une forme semi-lunaire, ou circulaire, quand il embrasse la région pylorique, il est vaste et irrégulier quand il résulte de plusieurs ulcères fusionnés.

L'ulcération tend à détruire successivement les tuniques muqueuse, fibreuse, musculaire, péritonéale ; la profondeur de l'ulcère varie donc suivant les tissus détruits

La guérison de l'ulcère est fréquente, mais elle se fait parfois au prix de cicatrices qui rétrécissent l'orifice pylorique, ou qui font un estomac bilobe. Quand l'ulcère se termine par perforation de l'estomac et le cas n'est pas rare, l'orifice péritonéal est aussi nettement taillé que l'orifice stomacal. Tantôt la perforation s'ouvre dans la cavité péritonéale sans adhérences, et une péritonite aiguë en est la conséquence, si l'on n'intervient pas à temps. Tantôt, la perforation est limitée par un organe voisin, qui forme tampon et s'ulcère à son tour. C'est ainsi que le fond de l'ulcère est formé suivant le cas par le diaphragme, le foie, la rate, le pancréas. Le travail ulcéreux ne ménage pas les artères de l'estomac (*artères coronaire, splénique, gastro-épiploïque*) une gastrorragie mortelle peut en être la conséquence.

La transformation de l'ulcère stomacal en cancer, ou, si l'on veut, l'adjonction du cancer à l'ulcère stomacal n'est pas chose rare ; il s'en faut. CRUVEILHIER le premier

élucida cette question qui avait à peine été entrevue avant lui : ROSENHEIM admet que l'ulcus est compliqué de cancer dans la proportion de 6 %. SONICKSEN dans la proportion de 14 %.

La transformation de l'ulcère stomacal en cancer est comparable à la transformation qui se voit ailleurs sur les cicatrices. Mais il est un problème difficile à résoudre c'est de savoir si l'ulcus de l'estomac, maladie souvent curable est en voie de complication cancéreuse, complication toujours mortelle.

Règle générale, les violentes douleurs stomacales et les grandes hématémèses, ne sont pas l'apanage du cancer, elles appartiennent à l'ulcère. Tout individu qui avec les apparences de la cachexie cancéreuse, souffre ou a souffert, à diverses périodes de sa maladie, de très vives douleurs gastriques et interscapulaires, exaspérées par l'ingestion des aliments et par la digestion, cet individu d'aspect cancéreux a peut-être greffé un cancer sur son ulcère, mais il a certainement un ulcère, il se pourrait même qu'il n'eût que l'ulcère sans cancer du tout.

Il est des cancers de l'estomac qui saignent et qui provoquent des hématémèses et du melœna. Mais ces gastrorragies cancéreuses, seraient-elles abondantes, ne seraient pas comparables aux vomissements de sang de l'ulcus. Tout individu qui, avec les apparences de la cachexie cancéreuse, présente ou a présenté à diverses périodes de sa maladie des hématémèses très abondantes répétées, rouges ou noires, liquides ou en caillots, cet individu d'aspect cancéreux a peut-être greffé un cancer sur son ulcère ; mais il a certainement un ulcère, il se pourrait même qu'il n'eût qu'un cancer sans ulcère du tout. S'il est parfois possible de diagnostiquer l'ulcère stomacal, il est parfois difficile, et presque impossible de diagnostiquer la transformation de l'ulcère en cancer.

*
* *

M. le professeur DIEULAFOY a eu le mérite de montrer la fréquence de ces ulcères récents, qui passent si souvent inaperçus au cours des opérations. Il a étudié leur anatomie, leurs symptômes, leur pronostic, leur diagnostic, et leur traitement. Voici les conclusions auxquelles il est arrivé : « 1° Outre l'ulcus simplex, cause fréquente d'hématémèse, on peut trouver à l'estomac une perte de substance très superficielle et assez étendue que je propose d'appeler *exulcération simplex*. 2° L'exulcération simplex me paraît provoquer des hématémèses aussi terribles, peut-être même plus terribles que la plupart des hématémèses de l'ulcus simplex. 3° La perte de substance de l'exulcération simplex ne dépasse pas en profondeur la tunique muqueuse, y compris sa muscularis mucosæ. L'hématémèse foudroyante et parfois mortelle qui en est la conséquence, vient de l'ulcération d'une des artères qui rampent sous la muscularis mucosæ. 4° Cliniquement, l'exulcération simplex peut évoluer avec les signes classiques de l'ulcus simplex de CRUVEILHIER, dont elle n'est sans doute que le stade initial ; mais le plus souvent, elle s'installe sournoisement, et même d'une façon absolument latente, ne révélant sa présence que par des hémorragies quasi foudroyantes. 5° L'intervention chirurgicale est le traitement de choix des hématémèses consécutives à l'exulcération simplex. L'abondance de l'hématémèse, plus encore que la répétition des hématémèses est une indication formelle de l'opération. »

*
* *

Bon nombre d'observations ont été publiées, relatant

des ulcérations de l'estomac dans les maladies de cœur (LANCEREAUX et PINEAU) — dans les maladies du système nerveux, (FERRAND, JOSSERAND, MATHIEU, DEBOVE) — dans la gastrite phlegmonneuse — dans la gastrite typhique (CHAUFARD, JOSIAS) — dans la pneumonie (DIEULAFOY, BESANÇON) — dans la tuberculose (MARFAN, MATHIEU, GAILLARD).

Les causes susceptibles d'amener la production d'ulcérations de la muqueuse gastrique sont très nombreuses. Le nombre des ulcérations symptomatiques, si mal connues, il y a peu de temps encore, s'accroît chaque jour. De nouvelles observations viendront enrichir ce chapitre de pathologie et éclairer peut-être la pathogénie de l'ulcère simple. On tend en effet de plus en plus à admettre aujourd'hui, avec MM. LETULLE, DIEULAFOY, CHANTEMESSE et WIDAL, WURTZ et LEUDET, comme origine de l'ulcus, les ulcérations symptomatiques que nous avons passées en revue rapidement.

Dans des conditions spéciales d'acidité du suc gastrique de l'estomac, ces ulcérations pourraient acquérir les caractères de l'ulcère simple. Plus rarement on pourrait voir se produire des ulcérations que M. DIEULAFOY a décrites sous le nom « d'exulcération simple » et qui ne sont en somme qu'un stade de début de l'ulcère simple. Elles ont pour caractéristique d'être assez étendues sans s'étendre beaucoup en profondeur. Elles attaquent cependant la *muscularis mucosæ*, ce qui les différencie des simples érosions. Elles restent absolument latentes pendant une partie de leur évolution, mais se traduisent à un moment donné, par une hémorragie foudroyante de sang rouge, produite par l'ulcération d'une artériole sous-jacente à la muqueuse.

II

Pathogénie. — Anatomie pathologique

Evolution. — Etiologie.

Pour expliquer la pathogénie de l'ulcère hémorragique de l'estomac, deux théories sont en présence qui ne s'excluent probablement point l'une l'autre comme le pensait déjà CRUVEILHIER. L'une de ces théories, défendue surtout par ROKISTANSKY, RINDFLEISCH, PARROT, PILLIET, considère le processus congestif, l'infarctus hémorragique comme le point de départ de l'ulcération. Elle fait intervenir l'action du suc gastrique qui détruit les parties altérées par l'hémorragie. Peut-être, pourrait-on faire intervenir aussi un processus inflammatoire ! L'infection se greffant secondairement sur les portions de muqueuse altérées par l'infarctus, en déterminerait la suppuration et par suite l'ulcération. Ainsi, s'établirait un rapprochement entre cette théorie et la suivante.

Celle-ci fait intervenir en effet un processus inflammatoire siégeant soit dans les amas lymphatiques normaux de la couche sous-glandulaire, (érosions folliculaires, de CRUVEILHIER, WILSON FOX) soit dans les amas de leucocytes se formant autour des veines, suivant l'opinion de BALZER, pour qui la congestion seule, serait impuissante à déterminer des ulcérations. C'est l'ouverture de ces petits abcès, quels qu'en soient le siège et le point de départ exacts, qui déterminerait la production des ulcérations gastriques. Il est probable que ces deux théories, loin de s'exclure,

s'adressent chacune à une série de faits différents. L'ulcération gastrique survenant chez un cardiaque asystolique ou au cours d'une cirrhose hépatique n'a probablement pas, en effet, la même pathogénie qu'une ulcération gastrique causée par l'inflammation de la muqueuse de l'estomac d'un tuberculeux, d'un typhique, ou d'un pneumonique.

*
* *

Les statistiques établissent toutes que l'ulcère de l'estomac siège avec une grande fréquence dans la portion pylorique de l'organe, (dans plus de la moitié des cas d'après LEBERT). La localisation certainement la plus habituelle est la petite courbure. Toutefois, certains auteurs la placent sur la paroi antérieure, celle-ci est assez souvent touchée ; au contraire, la région du cardia, le grand cul de sac, et la grande courbure le sont rarement.

L'ulcère est ordinairement unique, mais il n'est pas exceptionnel d'en rencontrer deux, plus rarement trois, quatre et davantage. On trouve alors, à côté d'ulcères en évolution, des ulcères cicatrisés.

Le plus ordinairement le diamètre de l'ulcère est très variable ; depuis celui d'une pièce de 50 centimes jusqu'à celui d'une pièce de 5 francs environ. Mais on peut en rencontrer de plus petits ou de beaucoup plus grands. CRUVEILHIER a décrit un ulcère de forme elliptique allant du pylore au cardia et mesurant 16 cm. 5, de long, sur 8 cm. 5 de haut.

*
* *

L'ulcère récent est remarquable par la netteté avec laquelle il est découpé. Dans certains cas, probablement

lorsqu'il s'est creusé assez rapidement pour qu'aucun processus réactionnel n'ait eu le temps de se produire à sa périphérie, ses bords sont minces, formés par les tuniques stomacales, à peine tuméfiées, et taillées verticalement comme à l'emporte-pièces. La séreuse seule en forme le fond, ou même, quand la perforation a eu lieu, on trouve une large ouverture qui semble faite artificiellement dans une paroi, dont l'épaisseur et l'apparence diffèrent à peine de celles des autres parties de l'estomac.

Le fond de l'ulcère a une étendue variable ; il est souvent assez limité ; ordinairement lisse, bien détergé, il apparaît formé par la tunique musculaire, dont on distingue les fibres, ou par la séreuse épaissie. Quand la perforation se produit, l'ouverture est plus ou moins grande ; elle se réduit fréquemment à un simple pertuis difficile à reconnaître.

Sur les parois, au niveau du fond de l'ulcère, on trouve très souvent une ou plusieurs artères de calibre variable, béantes ou oblitérées par un thrombus, et il est facile dans le cas d'hémorragie foudroyante de déterminer le point de départ de l'accident. Dans sa marche envahissante l'ulcère rencontre successivement les capillaires et les petits vaisseaux de la muqueuse, puis les artères plus volumineuses qui rampent dans la sous-muqueuse, et enfin les branches et les troncs mêmes de la coronaire, de la splénique, de la pylorique, de la gastro-épiploïque gauche, etc.

Une fois les parois de l'estomac détruites, il peut ouvrir les artères des organes voisins, du pancréas, du foie ; on l'a vu parfois atteindre la veine porte ou l'aorte. On a encore signalé quelques faits de dilatation anévrysmatique des artérioles, avec rupture du sac anévrysmal. Enfin, les veines peuvent présenter, bien que moins fréquemment, les mêmes altérations que les artères.

*
* *

C'est de vingt à trente ans que l'ulcère de l'estomac se montre le plus souvent. Sa fréquence serait encore plus grande de soixante à soixante-dix ans d'après BRINTON, mais cette opinion n'est pas acceptée par la majorité des cliniciens. L'erreur de l'auteur anglais provient de ce que sa statistique est fondée sur des recherches nécropsiques ; très souvent curable dans un âge peu avancé, l'ulcère devient beaucoup plus grave dans la vieillesse. Aussi pour être tout-à-fait exact, nous paraît-il préférable de dire avec LEBERT : la plus grande morbidité de l'ulcère se produit de vingt à quarante ans ; sa plus grande mortalité de quarante à soixante.

Extrêmement rare dans la jeunesse, l'ulcère n'y est cependant pas complètement inconnu. On l'a rencontré chez des enfants de douze ans (ERVOSSE) de dix ans (LUTON, WERTHEIMER) et même de trois ans (DONNÉ) et de vingt-trois mois (REHN).

L'influence du sexe semble bien établie, la femme est sensiblement plus prédisposée que l'homme. BRINTON compte deux femmes pour un homme. WILLIGK, 3, 3 femmes pour 1 homme.

III

Symptômes.

Le développement de l'ulcère est parfois fort insidieux. Brusquement, au milieu d'une santé en apparence parfaite, survient, soit une hématomèse grave, suffisante pour amener la syncope ou même la mort, soit une péritonite aiguë par perforation.

Souvent, c'est dans le cours d'une gastrite chronique à forme hyperpeptique, avec ou sans phénomènes douloureux, qu'on voit apparaître les signes de l'ulcère confirmé. Tantôt les symptômes s'accroissent progressivement, et la douleur et les vomissements prennent les caractères particuliers à cette affection ; tantôt une hématomèse survient tout à coup qui donne la signature de la maladie.

Trois symptômes fondamentaux dominent le tableau de l'ulcère confirmé, *la douleur, le vomissement, l'hématomèse.*

La douleur se manifeste à la fois ou alternativement en deux points diamétralement opposés, à l'épigastre et à la région dorsale.

Le point épigastrique se circonscrit habituellement, d'après CRUVEILHIER, dans la région de l'appendice xyphoïde, mais il peut se localiser plus ou moins dans les hypocondres, à droite ou à gauche, ou en bas, vers l'ombilic, suivant le siège de l'ulcère.

Le point spinal est presque aussi constant, mais plus

tardif. Il occupe, d'après BRINTON, l'espace compris entre l'apophyse épineuse de la huitième vertèbre dorsale et celle de la deuxième lombaire. Cette douleur s'irradie souvent à distance. Elle est sourde et contusive dans certains cas, habituellement plus aiguë et souvent remarquable par son intensité. L'ingestion des aliments, le toucher, la compression, exaspèrent cette douleur.

Le *vomissement* se produit le plus souvent à la suite des repas, en pleine digestion, et met fin à l'accès douloureux déterminé par l'ingestion des aliments. Il se fait en une ou plusieurs fois, s'accompagne d'efforts plus ou moins violents, et vide complètement l'estomac. Pendant les périodes de crises le vomissement devient extrêmement fréquent, opiniâtre ; l'ingestion de la moindre quantité de liquides ou d'aliments le provoque.

L'*hématémèse* constitue le symptôme le plus important pour le diagnostic. Elle peut-être le premier phénomène marquant de l'affection ; généralement elle se montre plusieurs mois, ou plusieurs années après la dyspepsie ou la douleur. Elle apparaît brusquement, sans cause ou à la suite d'un écart de régime, d'un traumatisme, d'un mouvement violent, etc.

Elle offre des caractères variables ou en rapport avec l'abondance de la gastrorrhagie, dont elle n'est que l'une des manifestations. Cette dernière est le plus souvent abondante, sans être mortelle, mais elle peut être foudroyante ou au contraire peu prononcée.

La gastrorrhagie abondante s'annonce par les signes ordinaires de toute hémorragie interne sérieuse ; pâleur de la face, refroidissement des extrémités, sueurs froides, bourdonnements d'oreille, vertiges, lipothymies, plus rarement, syncope. Le malade éprouve au niveau de l'estomac une sensation de pesanteur et de chaleur, puis il rend dans un effort de vomissement un flot de sang.

Ce sang est tantôt complètement rouge, tantôt, en partie rouge, en partie brunâtre, ou complètement noir, suivant le temps qu'il a séjourné dans l'estomac. Soit que tout le sang n'ait pas été rejeté par en haut, soit que le suintement continue encore quelque temps au niveau de la plaie, le *melœna* accompagne presque toujours l'hématémèse. Les selles offrent alors les caractères d'une bouillie noire, analogue à du goudron, ou si, comme cela arrive assez souvent, elles restent moulées, elles sont uniformément teintées, et prennent l'aspect du boudin noir.

Lorsque l'hémorragie est extrêmement abondante, elle peut être immédiatement mortelle. La mort survient en quelques minutes; le malade pâlit, perd connaissance, tombe et meurt en vomissant quelques gorgées de sang pur.

Quand la gastrorrhagie est peu abondante, ou quand elle se fait en plusieurs temps, l'hématémèse change de caractère. Elle est représentée alors par le vomissement noir, marc de café, qui suit tout séjour un peu prolongé du sang dans l'estomac. Les matières noires ou brunâtres sont rendues mélangées avec les aliments, quelquefois en assez petite quantité pour que le microscope ou l'analyse chimique permettent seuls de démontrer la présence du sang.

Dans certains cas même, les vomissements manquent complètement et le *melœna* est l'unique indice de l'accident. Aussi, ce dernier doit-il souvent passer inaperçu.

Dans un travail récent, M. le Dr GIRAULT indique plusieurs procédés, où, au moyen de réactifs chimiques très sensibles, on peut déceler la présence du sang dans les matières fécales, alors qu'elle aurait pu passer inaperçue. Il arrive ainsi à conclure que les hémorragies peu abondantes, les hémorragies occultes, sont ainsi découvertes d'une façon certaine.

Quelle que soit la façon dont elle se révèle cliniquement, dans les cas non mortels, la gastrorrhagie peut cesser presque immédiatement, pour ne plus se reproduire, continuer plus ou moins longtemps, sous forme d'un suintement, ou encore se reproduire à des intervalles plus ou moins rapprochés. Ces hémorragies, sortes de saignées répétées, amènent une anémie progressive, qui parfois atteint un degré extrême et devient la cause de la terminaison fatale.

Divers procédés ont été employés pour assurer le diagnostic d'ulcère de l'estomac — analyse du suc gastrique, du repas d'épreuve, dosage de l'acide chlorhydrique, (HAYEM).

En réalité, le signe de probabilité le plus important d'une ulcération gastrique, c'est la présence du sang dans les matières vomies, ou évacuées par l'intestin.

DEUXIÈME PARTIE

I. — Traitement médical.

Si l'on en croit le résultat des autopsies, les ulcérations aiguës de l'estomac se produisent, évoluent et guérissent bien souvent à l'insu du malade et du médecin. Une découverte d'autopsie révèle la lésion cicatrisée chez un malade, n'ayant aucun passé gastrique.

Dans la très grande majorité des cas, c'est une hématomèse survenant au cours de troubles dyspeptiques plus ou moins nets qui vient indiquer au médecin et au malade la vraie nature de l'affection et leur imposer un traitement sévère.

La thérapeutique doit alors répondre à plusieurs indications : 1° *arrêter l'hémorragie*, 2° *calmer les douleurs s'il en existe*, 3° *aider à la réparation et à la cicatrisation de l'ulcère*. Un même moyen, la cure de repos absolu, répond à ces trois indications : il faut immobiliser le malade au lit et suspendre totalement le travail fonctionnel de l'estomac, afin de mettre l'ulcération à l'abri de tout travail extérieur et intérieur.

WILLIAMS dès 1874, préconisa le premier la *diète absolue* : les malades sont nourris par la voie rectale jusqu'à ce que la douleur, les vomissements, les hémorragies aient cessé ; ils reprennent alors par la voie buccale, du lait d'abord, des aliments ensuite, puis enfin le régime ordinaire. DONKIN a de nouveau conseillé cette méthode

dans le cas d'ulcère rebelle. Il maintient ses malades au lit dans le repos absolu et supprime toute alimentation par la bouche. De deux heures en deux heures, ou quelquefois de six heures en six heures il fait administrer un lavement évacuateur suivi d'un lavement nutritif.

Il prolonge cette diète pendant dix à dix-neuf jours, puis fait reprendre l'alimentation buccale d'une façon très progressive. Pendant les quinze jours qui suivent la diète, le malade ne doit prendre que des aliments liquides.

Ce procédé entraîne un amaigrissement considérable. Il ne devra être utilisé que dans les cas rebelles, quand le régime lacté aura échoué.

Le traitement préconisé par WILLIAMS, est peut-être un des meilleurs moyens thérapeutiques en notre possession. Sa simplicité le fait négliger trop souvent. On expliquera donc au malade le grand inconvénient que peut avoir tout effort et tout mouvement, pour obtenir de son consentement l'immobilité la plus complète. Si le malade est trop indocile, on fera bien d'appliquer sur la région gastrique une vessie de glace : en dehors de son effet certain sur la douleur, et de son action problématique sur l'hémostase, elle a pour résultat de maintenir le malade dans le décubitus dorsal. Une vessie de glace parvient souvent à maintenir l'immobilité, alors que les plus vives exhortations du médecin étaient restées sans effet.

Le repos n'est absolu qu'autant que l'estomac est lui-même dispensé de tout travail, et à l'abri de toute excitation. Il est donc de toute nécessité de supprimer l'alimentation par la voie buccale. Certains médecins intranquillants, interdisent même la déglutition de la plus petite quantité d'eau, c'est pousser un peu loin les choses : on ne peut s'opposer à ce que le malade déglutine sa salive, et le mucus œsophagien, dès lors à quoi bon interdire une petite quantité d'eau, qui permet de supporter mieux

la diète absolue ? Un tiers de litre d'eau, donné dans les vingt-quatre heures par cuillerées à bouche espacées, quelques fragments de glace pris à l'intérieur, sont sans effet nuisible, et combattent la sécheresse souvent pénible de la bouche et du pharynx.

*
* *

Pour assurer l'alimentation de l'organisme, tout au moins une hydratation suffisante, il faut avoir recours à la voie rectale, et l'on introduit dans le rectum, préalablement débarrassé des matières fécales, de petits lavements dits alimentaires, composés d'eau ou de lait salés, d'œufs, de peptone. Mais il ne faut pas attacher à la partie alimentaire de ces lavements une importance trop considérable, les lavements alimentaires ont fort peu d'action pour arrêter la marche de l'amaigrissement, ils agissent surtout par l'eau et les sels qu'ils contiennent.

Cette eau est parfaitement absorbée, comme le démontre avec évidence le bocal d'urine où le niveau monte ou baisse, suivant que le malade garde bien ou mal ses lavements. Il faut par eux assurer largement la circulation de l'eau dans l'organisme, et ne jamais laisser tomber au-dessous de 500 à 600 grammes la quantité d'urine excrétée en vingt-quatre heures. Au besoin, si les lavements étaient mal supportés, on aurait recours aux injections de sérum artificiel sous la peau.

Dans bien des cas, si l'inanition absolue ne doit-être maintenue que quelques jours, il vaudra mieux se contenter des lavements d'eau salée, toujours bien supportés ; les divers aliments qu'on incorpore aux lavements, irritent souvent le rectum sans utilité.

*
* *

Comme le conseille TRIPIER on se trouvera bien d'user des *lavements d'eau chaude* à la température de 44 degrés environ, donnés au moins trois fois par jour et plus souvent s'il le faut. Ils semblent agir en provoquant un spasme réflexe des artérioles dans tout le domaine splachnique. Ils diminuent aussi l'hémorragie et permettent au caillot de se former et de s'organiser.

SPENCER, SCHAWSS en 1884, usent de l'alimentation rectale dans quelques cas assez rares.

EWALD insiste sur la facilité avec laquelle les œufs sont absorbés.

TACKE en 1889 emploie l'alimentation rectale. M. le Professeur HAYEM en France, LEUBE, LEBERT et quelques autres médecins ont employé l'alimentation rectale, et des injections de sérum, et ont obtenu le meilleur effet.

Sous l'influence du repos absolu de l'estomac, la gastrorragie s'arrête en général en peu de jours, mais il est possible par quelques moyens thérapeutiques d'obtenir une hémostase plus rapide, plus complète.

*
* *

Les *divers hémostatiques* internes : eau de Rabel, perchlorure de fer, sont dépourvus de toute efficacité, c'est l'avis de la plus grande partie des cliniciens aujourd'hui.

*
* *

Le *chlorure de calcium* qui augmente la coagulabilité du sang *in vitro*, peut avoir quelque utilité. On le donne à la

dose d'un à deux grammes dans deux ou trois cents grammes d'eau le malade boit cette solution par petites gorgées dans le courant de la journée. On peut également l'administrer en lavement à la dose de 2 grammes dans 250 grammes d'eau.

Il est bien rare que l'hémorragie ne cède pas à ces moyens thérapeutiques mais ce n'est pas une règle absolue, l'hémorragie tue en effet une fois sur seize dans l'ulcère de l'estomac.

*
* *

Lorsque le malade présente des douleurs très vives et que la cure du repos absolu ne suffit pas à les calmer, le *sous-nitrate de bismuth* employé à hautes doses donne d'excellents résultats. Il favorise indirectement la cicatrisation ; grâce à lui, on cherche non pas à modifier la surface de l'ulcère, mais à la recouvrir d'un enduit protecteur. En empêchant le contact des ingesta avec la muqueuse, le sous-nitrate de bismuth constitue un moyen très efficace de calmer les douleurs. FLEINER admet en outre de cette action purement mécanique, une action sur l'hyperchlorhydrie, mais OLIVETTE, de Turin, a contesté le fait : il a vu l'hyperchlorhydrie reparaitre après suppression du traitement.

On le prescrit à la dose de 20 grammes par jour, 10 grammes le matin et 10 grammes le soir. L'expérience clinique a démontré qu'on obtient des résultats meilleurs en donnant 10 grammes de sous-nitrate de bismuth matin et soir qu'une dose massive de 20 grammes le matin en une seule fois, comme le font la plupart des médecins.

Le malade prend cette poudre diluée dans un quart de verre d'eau tiède, le matin à jeun, et le soir l'estomac étant vide c'est-à-dire, si le malade est au régime lacté

absolu, deux à trois heures après la dernière prise de lait. La dose est avalée d'un trait, le malade se couche ensuite successivement un quart d'heure sur le côté droit, le côté gauche, le ventre et le dos, de façon à répartir autant que possible la poudre inerte sur toute la face interne de l'estomac. En dehors de son action remarquable sur les phénomènes douloureux, cette médication paraît rendre plus rapide la cicatrisation de l'ulcère.

On peut se demander si l'emploi prolongé de doses élevées de sels de bismuth n'expose pas les malades à des dangers d'intoxication. A cette question, répondent par la négative la plupart de ceux qui ont eu recours à cette médication ; ainsi CRAMER a pu administrer 1600 grammes de sous-nitrate de bismuth sans observer le moindre accident, HAYEM a même atteint la dose énorme de 3 kilogr. Cependant, MAYSER a observé des symptômes toxiques ; il semble que ceux-ci soient uniquement imputables à l'impureté du médicament qui peut contenir des traces d'arsenic et de plomb.

*
* *

Dans un travail récent, un auteur étranger WALKO, déclare s'être très bien trouvé de l'administration de *l'huile* dans l'ulcère de l'estomac ; il emploie l'huile d'olives et la donne d'abord par cuillerées à bouche, puis par doses plus considérables, trois fois dans la journée. Ces résultats thérapeutiques n'ont pas été confirmés depuis par d'autres auteurs.

*
* *

Si l'hémorragie se répète on a recours à *l'ergotine* que l'on administre soit par la voie buccale à la dose de 1 à

3 grammes en deux heures, soit en injections hypodermiques ou même intra-veineuses. Une injection hypodermique de 1 ou quelquefois 2 centimètres cubes pourra suffire pour arrêter l'hémorragie.

L'*ergotinine*, principe actif de l'ergotine, est employée également avec succès, à la dose de 1 ou 2 milligrammes. On pourra employer avec avantage la solution suivante.

Ergotinine.	0,05 centg.
Acide lactique	0,02 centg.
Eau de laurier-cerise	0,10 centg.

*
* *

L'*adrénaline*, produit isolé des capsules surrénales en 1901 par TAKAMINE, de New-York, donne également d'excellents résultats dans les hémorragies de l'estomac. C'est un vaso-constricteur extrêmement actif : les doses doivent être extrêmement faibles. TRIVAS donne les formules suivantes :

1° Solution avec :

Solution physiologique de chlorure de sodium	1000 gr.
Chlorhydrate d'adrénaline.	1 gr.
Chloretoné	5 gr.

Cette solution peut-être diluée jusqu'à 1/2000 et même 1/10 000.

2° Tablettes de tartrate d'adrénaline. Une tablette dissoute dans 16 de sérum physiologique donne une solution à 1/1000.

3° A l'intérieur on peut prescrire six gouttes d'une solution d'adrénaline à 1/5000 soit par la voie buccale, soit en injection hypodermique, dans un centimètre cube d'eau distillée.

A l'adrénaline, toutefois, on a fait certains reproches. On a dit en particulier qu'à la période de vaso-constric-

tion faisait suite une période de vaso-dilatation. D'où, dans le cas d'une hémorragie abondante, grand danger pour le malade qui est ainsi exposé de nouveau à une nouvelle hémorragie. Les faits manquent jusqu'ici pour établir d'une façon absolument certaine l'exactitude de ce reproche. L'adrénaline reste jusqu'ici un médicament très précieux dans les grandes hémorragies de l'estomac.

*
* *

Depuis les remarquables travaux de M. PAUL CARNOT sur la *gélatine* on a essayé d'employer ce médicament dans les gastrorragies. L'action coagulante, *in vitro* et même *in viro* à la condition d'un contact immédiat avec le sang qui est en circulation, n'est contestée par personne.

Le sérum chirurgical, additionné de gélatine dans la proportion de 5 à 10 % doit être employé tiède, à la température normale du corps. Ingéré dans l'estomac il s'opposerait aux hématémèses, malgré les modifications que peut lui faire subir le suc gastrique.

Quelques cas de tétanos ont été signalés à la suite d'injections de gélatine. Ne doit-on pas les mettre sur le compte d'une préparation défectueuse du médicament ? Il semble que telle doit en être la source.

*
* *

Quand l'hémorragie est grave, qu'elle se prolonge, que le malade a tendance à avoir des syncopes, qu'il est pâle, et que le pouls est très faible, on le place dans le décubitus dorsal, la tête basse, on pratique des injections sous-cutanées d'éther, à la dose de 5 à 10 centimètres cubes par

24 heures, ou de caféine, en même temps que des injections d'ergotine ; on place à la racine des quatre membres des liens serrés, destinés à ralentir la circulation périphérique, au profit de celle des centres encéphaliques. Enfin, on fera des injections sous-cutanées de sérum artificiel de 500 à 1500 cent. cubes. ROUX, de Lausanne, a obtenu de bons résultats en pratiquant des injections intra-veineuses d'eau salée. Dans un cas grave M. HAYEM, a pratiqué avec succès la transfusion du sang. Celle-ci, étant données ses propriétés hémostatiques, est indiquée quand on redoute le retour des hémorragies.

*
* *

Les premiers accidents aigus, hémorragies, douleurs, vomissements, étant ainsi calmés, combien de temps convient-il de maintenir le malade au lit et à l'alimentation rectale ?

En général l'exclusion de toute alimentation buccale doit-être prescrite pendant huit à dix jours, il n'y a à cela aucun inconvénient mais on peut dépasser de beaucoup ces limites. FOURNIER, fait prolonger le jeûne de douze à vingt jours. DONKIN, deux à trois semaines. Lorsqu'on arrive à des périodes d'inanition aussi prolongées il faut suivre avec la balance la diminution de poids du malade, pour ne pas dépasser les limites de résistance de l'organisme. D'après les physiologistes, l'individu à jeun est en danger lorsqu'il a perdu 30 pour 100 de son poids : le poids réel du malade n'est pas celui qu'il a au commencement du traitement, mais celui qu'il avait au début de la maladie, avant de maigrir. Il ne faut pas trop se hâter de réalimenter le malade, toute alimentation trop précoce risque de compromettre les avantages obtenus par la cure d'inanition.

Le *repos prolongé* de l'estomac est le meilleur traitement. Il suffit en général de soumettre le malade à la diète buccale, pendant huit à dix jours. L'alimentation ne sera reprise qu'avec une extrême prudence, progressivement, elle sera composée d'aliments liquides pendant longtemps : un régime lacté absolu suivi pendant six semaines ou deux mois donne d'excellents résultats. M. DEBOVE associe au lait la poudre de viande alcalinisée ; il fait prendre une, puis deux et trois fois par jour 25 gr. de poudre de viande délayée dans l'eau ou le lait, aromatisée avec de l'essence de menthe et additionnée de 10 gr. de bicarbonate de soude.

*
* *

Le traitement médical des hémorragies de l'estomac a donc pour base un *régime très sévère*. Alimentation liquide de préférence, lait par petites prises, glace à l'intérieur et à l'extérieur, repos absolu dans le décubitus dorsal, lavements nutritifs. Si à ce régime résistent les hémorragies nous devons avoir recours à certains médicaments dont le concours nous sera très précieux, sous-nitrate de bismuth, bicarbonate de soude, magnésie calcinée, craie préparée, et enfin chlorure de calcium, ergotine et ergotinine, gélatine et adrénaline.

Enfin nous dirons avec M. le Professeur ROBIN, dans sa remarquable leçon d'ouverture faite au mois de mars 1906 à l'hôpital Beaujon :

« Quand le mal semble défier toutes nos ressources, et l'organisme lui-même, nous avons la sublime mission de relever le lambeau d'espérance qui surnage au-dessus de toutes ces choses pleines de misère où s'effondre la vie. Cette suprême consolation de l'espérance, il nous appar-

tient plus que de l'entretenir mais de la pratiquer, afin qu'aux mornes extrémités de tout, l'être qui nous a confié son existence, n'ait pas le droit de crier : « Vous ne m'avez pas guéri, vous ne m'avez pas consolé. »

« Dans le dernier combat, si fatale qu'on en juge l'issue, conservez sans faillir cette furtive espérance ; ne cessez pas de lutter, et mettez en œuvre tout ce que votre conscience autorise, puisque la science est vaine. L'énergie et la ténacité vous ménageront de nombreuses revanches. Le Sénat et le peuple romains décernaient les honneurs du triomphe aux soldats vaincus qui n'avaient pas désespéré de vaincre. »

Traitement chirurgical.

Les hémorragies de l'estomac traitées médicalement ne cèdent pas toujours à des mesures thérapeutiques sévères et rapidement appliquées. Lorsque les moyens mis en œuvre semblent échouer, lorsque la situation devient menaçante, alors seulement il convient d'envisager la possibilité d'une intervention chirurgicale.

Cette question de l'intervention chirurgicale fut discutée bon nombre de fois par les chirurgiens qui se sont trouvés en présence d'hémorragies de l'estomac. Nous laisserons de côté les différents procédés opératoires employés, pour ne nous occuper que de l'opportunité de l'intervention.

La première intervention chirurgicale ayant pour but la cure de l'ulcère de l'estomac, a été faite par RYDYGIER, 1881. L'opérateur pratiqua une pylorectomie et obtint un succès complet. En 1882 CZERNY communique sa première pylorectomie pour la même affection avec un résultat excellent.

En 1885 CZERNY, LAUENSTEIN, et BILLROTH, apportent les observations de trois malades opérés de gastrectomie : trois morts. En 1886 HEINECKE et MIKULICZ substituent à ces interventions la pylorectomie, et la gastro-entérostomie.

A partir de 1888 les opérations se multiplient BILLROTH, CZERNY, LAUENSTEIN, LORETA, NOVARO, MIKULICZ, BOND, GANNETT, publient des observations nouvelles. On voit préconiser la dilatation du pylore, la cautérisation de l'ulcère la pyloroplastie, la gastro-entérostomie.

Le 9 mai 1892, DOYEN pratiqua sa première pyloroplas-

tie, bientôt suivie de récurrence; une gastro-entérostomie, guérit plus tard le malade. Le professeur TERRIER, MM. TUFFIER, RICARD, CHAPUT obtiennent bientôt des succès nombreux. DOYEN publie en 1895 un livre « sur les interventions chirurgicales de l'estomac et du duodenum ». En 1897, M. le professeur agrégé MARION met au point la question dans sa thèse « De l'intervention chirurgicale dans le cours, et dans les suites de l'ulcère simple de l'estomac ».

En 1898, il expose, à la suite de ses recherches cadavériques, différents procédés capables d'arrêter les hémorragies aiguës et chroniques de l'estomac.

On peut se trouver en présence: 1° d'hémorragies aiguës abondantes ne cédant pas au traitement médical; 2° d'hémorragies chroniques peu considérables isolément, mais se répétant sans cesse et à peu près continuelles malgré un traitement médical sévère; 3° d'hémorragies aiguës abondantes, s'arrêtant facilement par le traitement médical mais se reproduisant à plus ou moins long intervalle, avec une tenacité désespérante et laissant chaque fois le malade plus affaibli; 4° enfin, d'hémorragie que seule l'analyse chimique révèle, et qui finit par être la source d'une anémie profonde et inquiétante.

*
* *

M. MAYO ROBSON de Londres, au premier Congrès de la Société internationale de chirurgie de Bruxelles 18-23 septembre 1905 dit que dans les cas d'hémorragie gastrique, la gastro-entérostomie en mettant l'estomac au repos a généralement suffi à amener la guérison sans qu'il

soit nécessaire de rechercher le vaisseau saignant, ni d'exciser l'ulcère.

D'une façon générale, il conclut qu'il n'est plus permis actuellement aux médecins de traiter médicalement les affections de l'estomac durant des mois, et des années, alors que ces malades, confiés en temps opportun à un chirurgien guériraient rapidement, et avec peu de risques. La mortalité par ulcère de l'estomac non opéré, dit-il, peut être évaluée à 25 % de tous les cas d'ulcères traités médicalement.

M. S. ROTGANS, d'Amsterdam, au même Congrès, prétend que le traitement médical reste impuissant ainsi que le montre la persistance fréquente d'un ou plusieurs ulcères, les récidives, et les complications, hémorragies, sténose, etc...

M. A. VON EISELBERG, de Vienne : « Les résultats relativement favorables du traitement médical, (gélatine) font quelque peu hésiter le chirurgien lorsqu'il se trouve en présence d'une hématémèse ; de plus l'hémostase chirurgicale n'est guère aisée ; enfin le malade se trouve souvent dans un état d'anémie incompatible avec l'intervention. Mais lorsque l'hémorragie a cessé, ou qu'elle se répète à intervalles rapprochés, l'opération est indiquée ; on aura recours soit à l'hémostase directe, soit à la gastrectomie, soit à l'exclusion du territoire saignant, ou de l'estomac en entier par la gastro-entérostomie, ou la jéjunostomie.

STATISTIQUE. 33 cas avec morts — (1 excision, guérison) — 1 cautérisation, mort — 2 gastropplasties avec 4 amélioration et 1 mort — 1 gastro-entérostomie antérieure suivie d'une jéjunostomie, guérison — 15 gastro-entérostomies postérieures avec 10 guérisons, 2 insuccès, 3 morts — 3 exclusions du pylore avec 2 guérisons et 1 mort — (après 9 mois par hématémèse) — 9 jéjunostomies avec 5

succès et 4 décès — 1 gastro-entérostomie, combinée à la jéjunostomie, guérison.

M. CZERNY n'intervient dans les ulcères saignants que dans des conditions bien précises, notamment quand il se produit des hémorragies à répétition avec abaissement rapide de la teneur du sang en hémoglobine ; dans ces cas toutefois, il ne faut pas chercher à tout prix à exciser l'ulcère qui saigne, bien que ce soit la conduite la plus logique ; il faut savoir, se contenter le plus souvent de la gastro-entérostomie qui donne alors très souvent les meilleurs résultats, bien que M. CZERNY compte également, même à la suite de cette opération, plusieurs récidives de l'hémorragie, suivies de mort.

M. HARTMANN, dans les ulcères de l'estomac avec hématomèses à répétition a obtenu des guérisons ne se démentant pas, après des périodes variant de trois à cinq ans. Dans les ulcères donnant lieu à de petites hémorragies répétées déterminant un état d'anémie chronique, il n'y a pas d'hésitation, il faut opérer. Au contraire dans la grande hématomèse, l'hésitation est permise, qu'ils s'agisse d'un vieil ulcère ayant érodé une des grosses artères de l'estomac, ou d'une de ces hémorragies formidables liées à l'existence d'ulcérations superficielles de la muqueuse, théoriquement l'indication semble nette, il faut lier le point qui saigne. L'érosion hémorragique peut-être difficile à voir ; chez une de ses malades l'auteur ne l'a trouvée qu'après de minutieuses recherches sur la table d'autopsie. L'ulcère vrai peut-être difficilement accessible ; il est adhérent, l'infiltration des tissus empêche de placer une ligature. Aussi comprend-on facilement les mauvais résultats de l'opération faite en pleine hémorragie. D'autre part, bon nombre de cas guérissent par l'immobilité et la diète absolue. Les malades ont pu guérir parfaitement, alors que entièrement décolorés, insensibles, sans

pouls, ils semblaient voués à une mort presque immédiate. L'opération est contre-indiquée dans la grande hémorragie gastrique, sauf le cas où elle se produit chez un malade ayant des signes de sténose pylorique et des contractions stomacales violentes en même temps qu'une hématomèse. En pareil cas, la gastro-entérostomie, qui met l'estomac au repos, arrête la gastrorragie, tout comme la taille arrête les hémorragies vésicales. Au contraire quand la grande hémorragie se répète, il y a lieu d'opérer.

M. GARRÉ, de Breslau, dit, que lorsqu'il se trouve en présence d'une malade avec une première hémorragie grave, il n'opère pas. Une seule fois, il a fait la jéjunostomie en pareil cas, le malade est mort. Au contraire, dans les hémorragies moins graves et souvent répétées, la gastro-entérostomie, constitue la méthode de choix.

M. RICARD, de Paris, dit qu'il est incontestable que l'ulcère guérit dans une notable proportion des cas par le seul traitement médical ; ce n'est que lorsque ce dernier échoue, que lorsqu'une complication, hémorragie, perforation, sténose, survient que l'on peut songer à une intervention.

*
* *

Récemment, au congrès de la société allemande de chirurgie tenu à Berlin du 4 au 7 avril 1906, cette question fut reprise et discutée de nouveau.

M. KRONLEIN de Zurich, dit que le traitement purement médicamenteux et diététique de l'ulcus simplex, ne fournit que 34, 4 % de guérisons définitives et 43, 2 % d'améliorations passagères. D'après M. WARREN, 54 % de guérisons, et 27 % d'améliorations passagères d'après M. SCHULZ. Il s'agit donc pour le chirurgien de guérir les cas qui ont résisté au traitement médical aussi, pour sa

part, il n'a eu à opérer que des cas invétérés. Actuellement la mortalité de ses interventions dans cette affection, ne dépasse pas 8 ou 10 %. Il a obtenu une guérison définitive (durant depuis vingt-quatre ans, dans certains cas) chez 61 % de ses malades : une amélioration considérable, chez 24 % soit, au total, un résultat favorable chez 85 % des opérés. « Les hémorragies répétées, dit-il, exigent la gastro-entérostomie, des hémorragies foudroyantes nous forcent à attendre un moment de répit. Ceci dit, je n'hésite pas à déclarer que l'opération précoce de l'ulcère simple, avant l'institution d'un traitement médical, ne me paraît pas pouvoir être justifiée. »

M. KOCHER, de Berne, a eu l'occasion de faire quatre-vingt-douze gastro-entérostomies, avec deux décès dus à une hémorragie foudroyante, survenue peu après l'opération et un par pneumonie ; en outre, deux de ses opérés sont morts d'hémorragie respectivement, au bout d'un mois et d'un an, un autre est mort d'un cancer et un quatrième d'un accident. Parmi les survivants, quatre ont encore des vomissements, six des douleurs et des malaises gastriques.

M. KORTE, de Berlin, a fait cent cinquante-cinq opérations pour ulcère de l'estomac ; il a pu faire douze fois la résection de la partie atteinte, mais il a constaté une rechute complète dans deux cas.

*
* *

Dans une communication sur les perforations de l'ulcus stomacal, M. LE DENTU, est entré dans des détails très circonstanciés et a réuni les statistiques suivantes concernant les résultats de l'opération.

STATISTIQUE DE MICHAUX (année 1894), sur 25 cas, 5 guérisons et 20 morts, soit 80 pour 100.

STATISTIQUE DE CHAPT, (année 1895), sur 27 cas, 6 guérisons et 21 morts, soit 77, 77 pour 100.

STATISTIQUES DE CHAPT ET MAUCLAIRE réunies, sur 45 cas, 15 guérisons et 30 morts, soit 70, 2 pour 100.

STATISTIQUES DE PARISIER, sur 99 cas, 33 guérisons et 66 morts, soit 66, 66 pour 100.

En additionnant ces statistiques, on voit que la guérison a été obtenue dans un tiers des cas, ce qui est fort beau pour une maladie qui, faute d'intervention chirurgicale, est fatalement mortelle. De plus on peut poser en principe, que la guérison est plus certaine, que l'opération est plus précoce. C'est ainsi ajoute M. LE DENTU, que sur les dix-neuf guérisons de la statistique de COMTE, onze sont dues à des opérations pratiquées dans les dix premières heures qui ont suivi la perforation. Par contre, les guérisons deviennent de plus en plus rares, à mesure que l'opération est faite à des époques plus éloignées de la perforation. Ici, comme en toute circonstance, il ne s'agit pas d'intervenir, il faut opérer à temps. »

M. SAVARIAUD, dans sa thèse sur le traitement chirurgical de l'ulcère hémorragique de l'estomac rapporte quatorze observations avec intervention : il note quatre guérisons complètes, une guérison opératoire avec retour des hémorragies et neuf morts, soit de collapsus, soit d'hémorragies.

A la société impéριο-royale de Vienne, 19 octobre 1906 M. SCHNITZLER rapporte deux observations de malades opérés pour ulcère gastrique perforé. L'un subit deux opérations à deux ans et demi d'intervalle, chaque fois avec le même succès. M. VON EISILBERG reconnaît que la véritable thérapeutique de l'ulcère de l'estomac consiste dans le traitement médical et que le traitement opératoire, gastro-entérostomie et excision de l'ulcère, ne met pas du tout les malades à l'abri de récives.

M. HOCHENEGG a eu sur quatre-vingt-quatorze cas, six morts à déplorer, soit une mortalité d'un peu plus de 6 %. Quant aux résultats thérapeutiques il a pu les étudier sur quatre-vingts malades, dont la plupart ont été suivis pendant des années, 64 % de ces malades pouvaient être considérés comme guéris complètement, 24 % comme notablement améliorés, 12 % n'avaient retiré de l'opération aucun bénéfice appréciable.

D'après M. SCHLESINGER dans les cas d'ulcère chronique sans complications, le traitement médical judicieusement appliqué et longtemps poursuivi, fournit des résultats incontestablement meilleurs que le traitement chirurgical, lequel, même entre les mains d'un chirurgien aussi habile que M. HOCHENEGG donne encore une mortalité de 5 %.

A la société de médecine interne de Berlin, 5 novembre 1906, M. BICKEL insiste sur l'importance de combattre l'hyperchlorhydrie de l'estomac en administrant des alcalins, car non seulement ceux-ci neutralisent l'acide chlorhydrique mais ils exercent en outre une action inhibitrice moins forte sur les fonctions sécrétoires de l'estomac.

*
* *

Nous allons maintenant étudier la conduite à tenir.

1^o Dans les hémorragies aiguës ne cédant pas au traitement médical ;

2^o Dans les hémorragies chroniques peu abondantes, mais continuelles ;

3^o Dans les hémorragies aiguës à répétition.

*
* *

I. — Hémorragie aiguë ne cédant pas au traitement médical.

En dehors des hémorragies foudroyantes qui emportent en quelques heures le malade, voici en général, comment les choses se présentent. Le malade atteint d'hématémèse a été mis au lit, au repos, à la diète absolue ; l'hématémèse semble s'arrêter, lorsque sans cause appréciable quelques heures ou quelques jours après, une nouvelle hémorragie survient : malgré tous les efforts thérapeutiques, ces hémorragies abondantes peuvent se répéter. Ces pertes de sang incessantes et rapprochées, ne permettent pas à la rénovation sanguine de s'opérer ; l'anémie aiguë a une marche rapide ; le malade, dans un état de faiblesse extrême, a une pâleur cireuse, le pouls est filiforme, l'état syncopal permanent. Pour peu que ces accidents se prolongent, la mort survient, l'intelligence restant intacte jusqu'au dernier moment, malgré la faiblesse croissante.

Dans cette situation grave et parfois désespérée, quelques chirurgiens ont tenté une intervention permettant d'agir sur le point qui saigne. Mais les résultats sont loin d'être très encourageants. M. SAVARIAUD a réuni dans sa thèse, quinze opérations avec dix morts.

PINATTELL publie cinq nouvelles opérations avec deux morts soit en tout vingt opérations avec douze morts.

Ainsi que M. SAVARIAUD le fait remarquer la mortalité est surtout élevée lorsque l'opération n'a pas comporté l'hémostase directe, faite sur l'ulcère. Sur les quinze cas de sa statistique, on trouve six opérations incomplètes, où, pour des raisons variées, le chirurgien n'a pas touché

à l'ulcère ; ces six opérations ont entraîné cinq morts, soit une mortalité très élevée. La mort est survenue dans le plus grand nombre des cas par collapsus, et non par persistance de l'hémorragie, ce qui laisse supposer que l'écoulement sanguin aurait cessé de lui-même et que le malade aurait pu guérir sans le choc opératoire.

Par contre, neuf opérations où l'on a pu réaliser l'hémostase ont donné quatre guérisons et seulement cinq morts. PINATELLE arrive aux mêmes conclusions ; de sorte que dans ces cas l'opération est justifiée seulement, le chirurgien peut arrêter directement l'hémorragie par l'excision de l'ulcère la ligature de l'artère ou un procédé quelconque d'hémostase.

C'est là précisément, ce qui rend l'intervention chirurgicale si grave. Il est parfois très difficile, en effet, de découvrir l'ulcère, lorsqu'il est petit et caché, il est impossible de faire l'hémostase dans les ulcères qui creusent le tissu du pancréas.

D'ailleurs sans tenir compte des difficultés si considérables que compte l'opération, à quel moment convient-il d'avoir recours au traitement chirurgical ?

Le degré de l'anémie pourrait peut-être donner quelques indications, mais c'est à peine si on l'a déterminé dans une ou deux observations. L'abondance de l'hémorragie et surtout sa répétition, a une grande importance dans le pronostic ainsi que l'a établi M. le professeur DIEULAFOY ; mais le malade peut aussi se rétablir par le traitement médical malgré des pertes de sang considérables. Enfin M. SAVARIAUD considère que l'échec du traitement médical constitue la seule indication opératoire ; mais à quel moment peut-on dire qu'il a échoué ? M. SAVARIAUD cite lui-même un exemple emprunté à M. HARTMANN qui, appelé auprès d'un malade, trouve son état tellement désespéré, qu'il refuse une intervention et conseille un traitement

médical sévère — diète absolue, ligature des quatre membres, etc... pensant que son malade n'en reviendrait pas — à son grand étonnement le malade guérit. « L'opération, ajoute M. SAVARIAUD, l'aurait certainement tué. »

En réalité, en se basant sur cette notion due à l'expérience, que dans la très grande majorité des cas, les hémorragies aiguës s'arrêtent lorsqu'un traitement médical sévère a été institué, on maintient le malade au repos et à la diète absolue le plus longtemps possible : lorsque le traitement médical paraît échouer, le malade est tellement faible qu'une grande hésitation est permise avant de le confier au chirurgien.

*
* *

II. — Hémorragies chroniques peu abondantes mais continues.

Ces hémorragies chroniques ont comme caractère, leur persistance indéfinie en dépit de tout traitement. Peu abondantes isolément, mais se répétant tous les jours, sous l'influence la plus minime, elles arrivent à provoquer une anémie sérieuse, dont les progrès continuels inspirent bientôt de sérieuses et légitimes inquiétudes.

C'est dans cette variété d'hémorragie gastrique, que l'intervention opératoire donne les meilleurs résultats. La gastro-entérostomie fait disparaître à la fois les hématomèses et les autres accidents liés à l'ulcère pylorique. Parfois, les hématomèses persistent quelques jours après l'opération avant de cesser complètement. Il est difficile de savoir si la gastro-entérostomie a une influence aussi heureuse dans les hémorragies chroniques lorsqu'il s'agit d'un ulcère qui ne siège pas au pylore, et qui ne provoque

pas de stase. M. SAVARIAUD pense que la gastro-entérostomie « ne semble logique que si l'ulcère est dans le canal pylorique », mais il n'apporte pas de faits à l'appui de son opinion.

Un certain nombre de statistiques confirment les bons résultats de la gastro-entérostomie dans cette variété d'hémorragie chronique. PINATELLE a réuni dans sa thèse vingt-sept cas avec trois morts seulement. CZERNY dans sa statistique, publiée par PETERSEN et MACHOL et portant sur soixante-sept cas d'ulcères ou de cicatrices, ou succédant à l'ulcère, a observé huit fois des hémorragies chroniques répétées ; dans ce cas, la gastro-entérostomie amena une guérison radicale.

*
* *

III. — Hémorragies aiguës à répétition.

Il s'agit ici d'hémorragies graves, qui cèdent facilement au traitement médical, lorsqu'elles se produisent, mais qui reviennent quelques semaines ou quelques mois plus tard dès que l'on modifie le régime alimentaire du malade, dès qu'on lui permet une vie un peu plus active, ou parfois sans cause appréciable : l'abondance de ces pertes de sang et leur fréquence ne tardent pas à créer une situation des plus graves.

Ces malades mis à un régime, paraissent guéris, puis il font de nouvelles rechutes, de nouvelles hémorragies qui parfois ne sont pas sans inquiéter le médecin et l'entourage. Faut-il continuer à les soigner, c'est-à-dire faut-il les soumettre indéfiniment aux ennuis et accidents possibles d'un régime, avec cette perspective possible d'une hématomérose grave amenant chaque fois un degré d'ané-

mie qu'il faut ensuite combattre ? Ou bien alors faut-il confier ces malades au chirurgien qui par une intervention tentera de les guérir ?

En ce qui concerne les indications opératoires, nous devons ici, distinguer deux groupes de faits suivant qu'il existe ou non une sténose du pylore.

S'il existe une sténose pylorique, avec stase considérable il ne paraît pas qu'il puisse y avoir doute. La gastro-entérostomie facilitant l'évacuation de l'estomac est nécessaire du fait même de la stase et du même coup on verra cesser les hémorragies.

Il est difficile d'établir une statistique des faits de ce genre ; suivant les auteurs, en effet, les hémorragies aiguës à répétition sont confondues avec les hémorragies chroniques ou avec les hémorragies aiguës. Une des premières observations publiées, a été celle de DOYEN ; il s'agissait d'un homme de quarante ans, atteint d'ulcère sténosant, qui depuis dix-huit ans, avait eu plusieurs hématémèses, presque mortelles ; la gastro-entérostomie le délivra de ses hématémèses, et de tous les autres troubles gastriques.

Un an après, en 1893, M. GUINARD, opérait un malade qui avait une histoire analogue. Le malade, garçon marchand de vin, présentait un ulcère gastrique sténosant, dans l'espace d'une année, ce malade avait eu huit hématémèses très copieuses. La gastro-entérostomie donna là-aussi les meilleurs résultats et ce malade se rétablit complètement. Des faits semblables ont été rapportés par KÜSTER, ROUX, BOND, TUFFIER. Il existe pourtant un certain nombre de faits où le malade a eu, malgré la gastro-entérostomie, une nouvelle hématémèse (KAUSCH) et dans un cas rapporté par PÉTERSEN et MACHOL une hématémèse a entraîné la mort malgré l'opération.

Lorsqu'il n'existe ni sténose, ni stase, les résultats ob-

tenus par l'intervention chirurgicale, sont moins certains. La gastro-entérostomie, ou la pyloro-plastie semblent avoir arrêté parfois des hémorragies récidivant alors qu'il n'existait qu'une légère ectasie gastrique, ou que la motricité était à peu près normale : on en trouve quelques exemples, rapportés par PETERSEN ou MACHOL ou par KAURCH. Mais le nombre de ces observations est insuffisant pour qu'il soit possible de se former une opinion, et d'ailleurs les malades n'ont pas été suivis assez longtemps, en général, pour que l'on puisse affirmer que la guérison était définitive.

Dans tous les cas de ce genre, il n'y a qu'une opération qui puisse donner une sécurité à peu près absolue, c'est l'excision de l'ulcère. Mais cette opération ne peut être menée à bien, sans trop de danger pour le malade, que si l'ulcère n'est pas perforant, et n'adhère pas aux organes voisins, conditions qui s'observent rarement dans les ulcères chroniques.

Les hémorragies qui surviennent au cours des ulcères chroniques doivent être traitées de la même façon que si l'évolution était aiguë.

M. HARTMANN publie une statistique donnant les résultats opératoires pour 60 cas d'affection bénigne de l'estomac.

De 1895 à 1899, 23 cas avec 6 morts, soit une mortalité de 25 pour 100.

De 1900 à 1902, 37 cas avec 4 morts, soit une mortalité opératoire de 10, 5 pour 100.

La statistique de CZERNY publiée par MACHOL et PÉTERSEN porte sur cent-quinze opérations, trente-sept opérations avec sept morts, jusqu'en 1895 ; quatre-vingt-trois opérations avec quatre morts de 1895 à 1902, et pour ce qui est de la gastro-entérostomie en particulier ces deux auteurs publient une série de cinquante-neuf gastro-entérostomies avec un seul cas de mort, par tuberculose miliaire aiguë.

HABERSHOUN a pu suivre pendant la vie, pendant dix années consécutives au moins soixante malades atteints d'ulcère de l'estomac.

Six sont morts pendant l'évolution aiguë de l'ulcère, c'est-à-dire quelques jours à quelques semaines après le début des accidents.

Dix-huit autres malades ont succombé un certain temps, un an à vingt ans, après les accidents aigus, soit par suite d'une récurrence d'ulcère, soit par une poussée aiguë au cours d'un ulcère chronique. La mort est presque toujours survenue par hématomèse, ou perforation, trente-six seulement ont guéri, c'est-à-dire sont restés dix ans, sans nouveaux accidents d'ulcération gastrique.

CONCLUSIONS

1° Tout individu atteint d'ulcère est donc par cela même exposé pendant de longues années à la mort rapide par hématomèse ou par perforation.

2° La mort par hémorragie au cours de l'ulcère survient dans 5 % des cas. Les hémorragies tuent une fois sur vingt.

3° Résumant les données relatives au traitement chirurgical des hémorragies de l'ulcère gastrique, nous pouvons conclure que dans les *hémorragies aiguës l'opération n'est pas indiquée*, le traitement médical suffit dans la très grande majorité des cas. Si l'on courait malgré tout la chance d'une intervention chirurgicale, l'opération devrait comporter l'hémostase directe pratiquée sur l'ulcère.

4° Dans les *hémorragies chroniques* et dans les *hémorragies aiguës à répétition*, la *gastro-entérostomie est l'opération indiquée* toutes les fois qu'il s'agit d'un ulcère de la région pylorique déterminant des accidents de sténose, ce qui est d'ailleurs le cas le plus fréquent. En dehors de cette catégorie de faits, il n'y a pas d'indication d'opération nette.

5° La gastro-entérostomie met-elle le malade atteint d'ulcère chronique à l'abri des complications fréquentes et redoutables ? Si les résultats immédiats qu'elle donne se maintiennent vraiment pendant de longues années, elle mérite de devenir le traitement de choix, dans l'ulcère chronique qui résiste au traitement médical. Mais les statistiques de l'avenir et l'expérience, pourront seules donner une réponse définitive à cette question.

OBSERVATION I.

(Publiée par le Professeur DIEULAFOY — *Pathologie interne*, p. 282)

Le 13 novembre 1896 on apportait dans mon service un garçon de vingt-sept ans, tellement pâle qu'il donnait au premier abord l'impression d'un homme en proie à de grandes hémorragies. Il venait d'avoir plusieurs vomissements de sang suivis de selles sanglantes abondantes. Il évaluait à deux litres la quantité de sang vomi. — Malgré la médication, les hématomases reparurent dans la nuit avec une violence telle que, le lendemain matin deux cuvettes étaient presque remplies de sang noirâtre, fluide ou en caillots. Cette fois, comme la veille, les hématomases avaient été suivies de méléna. On pratiqua dans les veines une injection d'un litre et demi de serum artificiel. Sous l'influence de cette médication, on obtint une légère amélioration ; mais, à une heure de l'après-midi, survint une nouvelle hématomase évaluée à un litre de sang, et le malade mourut en pleine hémorragie ayant perdu quatre litres de sang environ, en moins de trente heures.

Voici les résultats de l'autopsie, l'aspect extérieur de l'estomac est normal : Après avoir ligaturé le cardia et le pylore, on incise l'estomac, il contient un demi-litre de sang, mais grande est notre surprise de ne pas y trouver l'ulcère simple auquel on s'attendait.

La muqueuse stomacale est lavée avec soin, c'est alors qu'on découvre, à 2 centimètres du cardia, une *exulceratio*, très superficielle, circulaire.

OBSERVATION II (résumée)

(Publiée par le professeur DIEULAFOY — *Pathologie interne*, p. 285)

Le 7 octobre 1897, à onze heures du soir, un jeune garçon de vingt-deux ans, rentrait tranquillement chez lui, ayant diné de bon appétit, quand il fut pris d'abondants vomissements de sang. « Je dois avoir vomi, nous disait-il, 1 ou 2 litres de sang, car c'était une vraie mare sur le trottoir ». Le lendemain « pour se donner des forces » il fait des repas copieux. Rien de nouveau dans la journée ; mais, la nuit suivante, vers deux heures, il est pris de vomissements de sang analogues à ceux de l'avant-veille.

Le sang vomi était brunâtre, liquide et en caillots. Le surlendemain, 9 octobre, et les jours suivants, ce garçon n'éprouve aucun symptôme gastrique, ni douleurs, ni vomissements, mais il est extrêmement faible, incapable de tout travail.

Se sentant plus malade, il vient à l'Hôtel-Dieu dans la soirée du mercredi 15 octobre. En le voyant, le lendemain matin je suis frappé de la décoloration de la peau et des muqueuses ; le pouls est petit ; la température atteint 38 degrés ; le malade accuse une très grande faiblesse. Il m'est possible de constater qu'il n'est pas loin de la vérité, quand il affirme avoir perdu 3 litres de sang, car la numération de ses globules ne donne plus que 1.600.000 globules rouges. Bien que n'ayant pas constaté les hémorragies, il s'agissait de faire un diagnostic, il fallait savoir quelles avaient été la cause et l'origine de ces hémorragies. Il était évident d'abord que ce garçon avait eu des hématomés et non des hémoptysies, car le sang avait été vomi à flots, avec d'énormes caillots, sans la moindre toux et les poumons étaient absolument sains. Il était évident, d'autre part, que ces hématomés, n'étaient pas dues à la rupture de varices œsophagiennes d'origine cirrhotique, ce jeune homme n'ayant aucun signe de cirrhose ou de précirrhose. Il fallait donc admettre chez lui l'existence d'une lésion stomacale : cette lésion n'était certainement pas un cancer et du reste le cancer ne s'annonce jamais par d'aussi violentes gastrorragies : restait l'ulcère simple, cette source si fréquente des hématomés, mais ce jeune homme n'avait jamais eu ni symptômes d'ulcère, ni le moindre trouble gastrique.

J'émis donc l'opinion que notre garçon avait une « *exulcération stomacale* ». Aussitôt l'idée d'une intervention chirurgicale me vint à l'esprit.

J'instituai cependant le traitement médical : je donnai quelques cuillerées de lait, mais plusieurs fois dans la journée le malade rendit son lait. On profita du liquide vomi pour en faire l'analyse, et on put constater que la quantité d'acide chlorhydrique était légèrement *inférieure* à la normale. Le lendemain et le surlendemain le malade ayant voulu se lever, eut une défaillance : de nouveaux accidents se préparaient.

Le samedi matin, en arrivant à l'Hôtel-Dieu, on me montre une cuvette contenant un litre et un tiers de sang liquide et en caillots, exactement mesuré. Le malade avait été pris dans la nuit d'une hématomèse soudaine comparable par sa brusquerie et par son intensité, aux hématomés qu'il avait eues quelques jours avant, je le trouvais d'une pâleur cadavérique, assoupi, anéanti.

Le pouls était comme vide. Cette fois, il n'y avait plus d'hési-

tation possible ni un instant à perdre ; une nouvelle hémorragie pouvait survenir, et le malade succomberait sûrement.

Après l'injection préalable de sérum artificiel, l'opération fut faite aussitôt, on ne découvrit rien, ni à la vue ni au toucher, qui soit l'indice de la moindre lésion, pas d'ecchymoses, pas d'adhérences, pas d'induration. L'opération fut cependant continuée, l'estomac fut incisé, retourné en doigt de gant ; il était vide, et ne contenait ni sang ni liquide.

En examinant la muqueuse de plus près, on aperçoit une tache crurorique ayant la dimension d'une pièce de 50 centimes.

Cette surface exulcérée ayant été légèrement frottée, l'hémorragie reparut aussitôt sur l'étendue d'une pièce de 5 francs.

Je passe sur les détails de l'opération et sur les soins consécutifs. L'alimentation se fait progressivement. Vingt jours après l'opération, notre homme a une faim vorace, il engraisse et il quitte l'hôpital, complètement guéri, cinq semaines après l'opération. Nous avons revu ce jeune garçon quelques mois et un an plus tard, il était en parfaite santé, il n'a jamais eu le moindre trouble gastrique.

OBSERVATION III (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Dr FERRAND).

X. OCTAVE, 51 ans, entre à l'hôpital Beaujon, le 24 octobre 1905, Salle Sandras, lit n° 9.

Antécédents héréditaires : nuls.

Antécédents personnels : n'a jamais été malade jusqu'il y a 2 mois : à cette époque il commence à souffrir de l'estomac. Il y a un mois, il a eu une légère hématomèse noirâtre, hier nouvelle hématomèse. Peu de douleurs, aucun signe physique, pas de tumeur perceptible, pas de ganglions sus-claviculaires ni ailleurs. Pas d'albumine, pas de fièvre. Pas de mélœna. L'hématomèse d'hier est franchement rouge très vif, ne laissant aucun doute possible sur son origine.

25 Octobre. — Hématomèse brusque et abondante, — Lypothymie, cyanose et mort.

Autopsie. — L'estomac est rempli de sang. On trouve un énorme ulcus rodens de la grande courbure, l'estomac est adhérent au pancréas, ce qui a évité la perforation ; le péritoine est sain. — Cet ulcus a les dimensions d'une pièce de 1 fr. ; très profond, à bords lisses, et à pic. Il a été, sans nul doute possible, la cause de cette hémorragie foudroyante.

OBSERVATION IV (*Inédite*)

(Due à l'obligeance de M. le Dr FERRAND)

C. HENRI, 49 ans, commerçant, entré à l'Hôpital Beaujon le 3 novembre 1905, salle Sandras, lit n° 10.

Antécédents héréditaires : nuls.

Antécédents personnels : nuls.

Il est marié, sa femme n'a jamais eu d'enfants, ni de fausses couches.

Il y a trois ans, il a eu une hématomérose abondante et brusque, les hématoméroses ont duré deux années, malgré cela il n'a jamais cessé de travailler, il a simplement suivi un traitement symptomatique, il allait mieux depuis un an. Depuis deux mois, il dit avoir beaucoup maigri. A l'heure actuelle le malade se plaint de violentes douleurs abdominales qui l'obligent à entrer à l'Hôpital.

Il est pâle, amaigri, les yeux escaves.

Au niveau du creux épigastrique, le malade se plaint d'une douleur violente, spontanée, et constante. Cette douleur est exagérée par la pression, et correspond dans la région dorsale. L'ingestion d'aliments en exagère la violence, même dans les positions les plus variées, sauf quand le malade est couché sur le ventre. Il n'y a pas d'irradiations douloureuses dans les membres inférieurs.

La langue est saburrale, l'appétit est bien conservé, la constipation est habituelle.

Le foie est plutôt diminué de volume.

Il n'y pas de vomissements alimentaires, ni sanglants, comme il y en a eu au début.

La respiration est à peu près normale.

Le cœur est normal. Le pouls est à 80, la température à 37°.

Aucun trouble nerveux, les reflexes oculaires et patellaires sont normaux, pas de tremblement, malgré l'éthylisme que le malade avoue. Le sommeil est assez bon.

Rien dans les urines, pas d'albumine.

Pas de ganglions sus-claviculaires, pas de phlegmatia.

Le malade n'a jamais eu d'ictère.

La palpation ne révèle aucune tumeur, toutefois elle est douloureuse.

Traitement. — Le malade est mis au régime lacté intégral. Bicarbonate de soude à haute dose, craie, magnésie.

Pendant quelques mois, le malade a des insomnies qui sont dues à des douleurs qu'il ressent au niveau du creux épigastrique. Ces douleurs sont calmées par la compression.

Le malade sort le 22 novembre 1905 guéri, tout au moins en apparence.

OBSERVATION V. — (*Inédite*).

(Due à l'obligeance de M. le Dr FERRAND).

L. LOUIS, débardeur, 45 ans, entre à l'Hôpital Beaujon, le 26 mars 1906, salle Sandras, N° 19 bis.

Antécédents héréditaires : Père mort à 47 ans d'une hernie étranglée. Mère encore vivante âgée de 81 ans. Elle est atteinte de rhumatismes. Il n'a ni frères ni sœurs.

Antécédents personnels : A 12 ans, fièvre typhoïde suivie de rhumatismes dans les membres supérieurs et inférieurs. Il est traité pendant six mois à Lariboisière.

A 37 ans, chancre à la verge et bubon, 3 ou 4 mois plus tard, éruption de taches sur le corps, principalement sur les jambes. Au moment de l'apparition du chancre le malade avait pris des pilules et « des dépuratifs ».

Trois ans plus tard le testicule gauche devient douloureux, tuméfié, de la grosseur du poing, déformé. Après avoir pris pendant quelque temps des pilules et de l'iode, le malade subit l'ablation du testicule gauche — (hôpital Ricord, service des voies urinaires). — A l'heure actuelle il reste une cicatrice. Au bout de deux mois, il sort de l'hôpital et ne suit plus aucun traitement.

Trois ans plus tard, c'est-à-dire il y a 3 ans, il commence à éprouver au niveau du creux épigastrique des douleurs survenant 1 heure ou 1 heure-1/2 après le repas. Brûlements au creux épigastrique, vomissements alimentaires, ballonnement du ventre, constipation, gaz nombreux.

Six ans après l'apparition de ces troubles, le malade a des vomissements alimentaires et rend en outre du sang coagulé. Il entre à Lariboisière pour « ulcère pylorique », croit-il. Pendant 34 jours on ne lui donne que du lait, et on lui fait des lavages d'estomac. Au bout de ce temps, il subit une opération dont il reste encore la cicatrice très nette. Deux mois plus tard il part à Vincennes en convalescence pendant un mois. Puis il rentre à l'hô-

pital de nouveau pour faire opérer un abcès, développé au niveau de la cicatrice. Il y reste quinze jours, puis retourne en convalescence à Vincennes pendant un mois.

Pendant six mois, il observe le régime suivant :

Légumes cuits,
2 litres de lait,
4 œufs,
Un peu de pain,
Pas de viande, pas de vin.

Ayant cessé d'observer ce régime, il retombe malade, et entre à l'Hôtel-Dieu. Pendant quinze jours, il est au régime lacté absolu, et pendant quinze jours au régime de viandes grillées.

Depuis un an, le malade a eu une alimentation très irrégulière, il prend tantôt de la viande et du vin, tantôt du pain et de l'eau. Tous les deux ou trois mois, à partir de cette époque, il a des vomissements biliaires.

Il y a un mois et demi ayant de violentes douleurs au niveau du creux épigastrique et de l'œdème aux membres inférieurs, il est entré à Beaujon, salle Sandras, lit n° 26 ; il y est resté huit jours à suivre un régime lacté.

Il y a quelques jours le malade est pris d'étourdissements et de vertiges, l'œdème reparait aux membres inférieurs, et il entre de nouveau à Beaujon, salle Sandras, où il occupe le lit n° 49 bis

État actuel :

Le malade ressent constamment une douleur lancinante au niveau du creux épigastrique, et des derniers cartilages costaux.

Cette douleur s'irradie dans la région dorsale à quatre travers de doigt au-dessous et en dedans de la pointe de l'omoplate. Il reste quelques jours à l'hôpital, suit un régime lacté absolu et sort guéri.

Ce malade revu deux années après son opération ne présentait plus aucun trouble fonctionnel de l'estomac.

OBSERVATION VI

(Publiée par VAN DEN BUSCH. — *Ulcération perforante de l'estomac*).

Enfant nouveau-né bien portant, pendant les douze premières heures, évacuation normale du meconium, puis commencement de vomissements, qui se répètent à chaque ingestion de lait. Les 2^e, 3^e, 4^e et 5^e jours ces vomissements persistent, l'enfant gé-

mit continuellement, refuse le sein ; il y a de la constipation, le poulx est petit.

Au sixième jour, il s'écoule par l'anus une légère quantité de liquide sanguinolent ; les vomissements sont porracés mêlés de stries sanglantes, ils conservent ce caractère au septième jour.

Le huitième jour, l'enfant est dans le collapsus, le poulx est imperceptible : lorsqu'on le déplace, il s'écoule de la bouche un liquide brun foncé, le soir il est pris de légers mouvements convulsifs et meurt.

Autopsie. — La cavité péritonéale renferme un liquide analogue à celui qui a été vomi ; le contenu stomacal s'y est déversé par une perforation de la paroi gastrique.

Sur la paroi antérieure, près de la grande courbure et au voisinage du pylore se montre une vaste ulcération qui est perforée sur une largeur égale à celle d'une pièce d'un « pfennig » et dont les bords paraissent irréguliers. Partout ailleurs la surface de la muqueuse de l'estomac offre simplement de l'hyperhémie.

OBSERVATION VII(*Inédite*)

(Due à l'obligeance du Dr MARTEVILLE, de Romorantin)

M. C. âgée de 29 ans, nullipare, mariée depuis 11 ans.

Antécédents héréditaires : rien de particulier.

Antécédents personnels : a toujours été malade étant jeune, plusieurs fluxions de poitrine, est restée en traitement continuellement jusqu'à l'âge de 11 ans, époque à partir de laquelle elle se porte bien.

La malade a été réglée à 12 ans, d'une façon très irrégulière et très douloureuse.

Elle se marie à 18 ans, va assez bien à cette époque, mais souffre toujours un peu du ventre, principalement pendant la marche.

Après 7 années de mariage, c'est-à-dire en 1902, elle a une diarrhée intense pendant huit jours, avec de la fièvre, mauvais état général, amaigrissement, fatigue, elle reste 15 jours au lit. Elle suit un régime alimentaire, composé de viandes blanches et de lait, pris par petite quantité à la fois. On lui ordonne de l'eau de Vichy, et des poudres alcalines. Cet état persiste pendant une année, durant laquelle la malade maigrit beaucoup, perd ses forces, et ressent des douleurs lorsqu'elle mange.

En 1903, elle a la grippe, au mois de mars. Elle ne peut plus

manger, elle vomit les aliments environ 20 minutes après l'ingestion : « elle rend de l'eau de javel », dit-elle.

Un médecin appelé pense d'abord à une infection intestinale, il donne une purgation, et le lendemain du vin fortifiant, des cachets de fer, dès le début de ce traitement la malade ressent de vives souffrances intestinales. Le traitement est suspendu, et le médecin donne une potion calmante. C'est à cette époque que les premiers vomissements de sang font leur apparition 3 ou 4 fois par jour, plusieurs fois de suite. La malade est mise au lait, elle prend de fortes doses de poudres alcalines le matin, des douches tièdes suivies de frictions à l'alcool au gant de crin. Il en est ainsi jusqu'au mois d'octobre 1903. Pendant tout ce temps existent une grande constipation, des vomissements de sang répétés, et un grand affaiblissement.

En octobre, nouvelle consultation ; on lui défend le corset, on ordonne le repos absolu, et les poudres alcalines. Les crises deviennent plus violentes ; la malade prend beaucoup de marc de café ; glace, laudanum, poudres, lait par petites prises, repos au lit. Il en est ainsi pendant un mois. A cette époque les crises augmentent de violence et de fréquence, (généralement le soir pendant une demi-heure) on fait des piqûres de morphine, les vomissements sont fréquents, rouges, noirs, aucun aliment ne peut être toléré. On donne des lavements nutritifs, pendant 8 jours, puis on alimente la malade avec le tube de Faucher, pendant 3 mois elle ne prend que du lait et des poudres de viande. Les vomissements continuent. On fait des lavages d'estomac 2 ou 3 fois par jour, vésicatoires répétés au niveau du creux épigastrique, siphon de chlorure de méthyle.

Même état jusqu'au 16 janvier 1904, époque à laquelle on décide de faire une intervention chirurgicale. On trouve dans la région de la petite courbure, sur la paroi postérieure de l'estomac, dans le voisinage du pylore deux ulcérations saignantes, ulcérations linéaires irrégulières. On en remarque une troisième en avant, plus près de la portion moyenne de l'estomac. Ces trois ulcérations furent suturées, ou plutôt enclavées par plissement de la muqueuse. Immédiatement les douleurs et les crises cessent ; la malade prend des potages, des œufs à la coque, des cervelles, des échaudés, et du lait.

Elle rentre alors chez elle, ne souffre plus.

Un mois et demi environ après cette intervention, la malade recommence à vomir un peu de sang, elle prend du lait et des œufs, mais de nouveau elle rend tous les aliments. Elle souffre toujours du ventre, du côté gauche, sur une ligne allant des fausses côtes au niveau de l'ovaire.

Lorsque les règles sont pour apparaître, les vomissements de sang sont plus fréquents et plus abondants. On lui met alors une vessie de glace sur le ventre et on lui donne de l'adrénaline, de la gélatine, et du lait glacé par cuillerée à café à la fois.

La malade reste au lit jusqu'au mois de septembre, elle continue à maigrir, injections d'ergotine, potion au perchlorure de fer. Une légère amélioration se produit.

Le 16 juin 1905 apparaissent de nouveau les vomissements, les douleurs au niveau de l'estomac et de l'ovaire gauche. Surviennent des hématoméses abondantes, répétées plusieurs fois par jour. La malade est mise au lit, avec une vessie de glace sur l'estomac.

On donne alors un lavement de peptone toutes les six heures, des boissons glacées et des morceaux de glace. Quelques jours après apparaissent des phénomènes de péritonite. L'état de la malade s'aggrave, on ne la soutient qu'à force de sérum de Hayem, champagne glacé, piqûres de caféine, huile camphrée.

La péritonite évolue lentement vers la guérison, l'état général devient meilleur, on continue cependant le sérum, les lavements nutritifs.

Vers le mois de novembre et décembre, une amélioration très sensible se produit, les vomissements sont moins nombreux, les douleurs moins fréquentes, sauf au moment où doivent apparaître les règles.

Mai, juin, juillet 1906. — La malade est toujours au lait, 2 litres par jour, elle va mieux, souffre moins. On lui fait au moment des crises des piqûres de morphine dont l'effet est presque nul. Il y a commencement d'alimentation, farine lactée, crème de riz, vermicelle, purée de pommes.

Août 1906. — Actuellement la malade a chaque soir une crise douloureuse, violente, au niveau de l'estomac. Son état général est satisfaisant. Les vomissements sont rares, sauf au moment des règles. Elle continue à suivre un régime sévère. Les nuits sont relativement bonnes, les selles régulières. Elle peut faire dans la journée une petite promenade.

En résumé notre malade est bien atteinte d'un ulcère de l'estomac, constaté à l'opération. L'amélioration produite aussitôt l'intervention a été de très courte durée, puisque un mois et demi après l'opération, les hématoméses et les méloenas réapparurent avec autant de violence.

OBSERVATION VIII.

(Personnelle)

D... HENRI, 49 ans, cocher, entre à l'hôpital Beaujon, le 12 octobre 1906, salle Monneret, lit n° 12.

Antécédents héréditaires : nuls.

Antécédents personnels : n'a jamais été malade jusqu'en 1898. A cette époque le malade se plaint de maux d'estomac. Tous les matins il a des aigreurs ; il est pris d'un profond dégoût pour tous les aliments, les digestions sont douloureuses et très lentes, cependant il n'a pas de vomissements. Cet état se prolonge pendant plusieurs mois. Un médecin, consulté, conseille de suivre un régime sévère composé de lait, œufs, potages, purée ; il défend l'usage du vin et de l'alcool, ce dont le malade avait abusé autrefois. Il y a quatre ou cinq mois, vers le commencement de juin dernier, les douleurs réapparaissent, s'irradiant dans le dos au niveau de l'épaule gauche, l'arrivée des aliments dans l'estomac détermine une sensation de brûlure intérieure. Quand les douleurs sont trop fortes, le malade est pris de vomissements. Le malade reprend le régime qu'il avait suivi quelques années auparavant, mais les douleurs persistent, ainsi que les vomissements, avec cependant quelques moments d'accalmie.

Le 11 octobre dernier, le malade se prépare à sortir le matin, suivant son habitude. Soudain il est pris d'étourdissements, de sueurs froides, de sensation de chaleur au niveau de l'estomac. Il rend une quantité considérable de sang rouge vif, une cuvette, dit-il. Il se couche. Un médecin fait appliquer une vessie de glace sur le ventre, ordonne du lait glacé à prendre par cuillères à bouche espacées, et le repos absolu.

Le 12 octobre, il entre à l'hôpital. On continue la glace sur la région de l'estomac, le lait glacé. Plusieurs jours se passent sans incident. Soudain une nouvelle hématomèse survient très abondante, le malade rend deux cuvettes de sang. On lui donne une potion d'adrénaline, 10 gouttes dans un julep, à prendre 1 ou 2 cuillerées à café, aussitôt son hématomèse. L'estomac est très douloureux à la pression, on ne sent pas de tumeur, pas de ganglions. Huit jours après, survient une nouvelle hématomèse moins abondante. Glace sur le creux épigastrique et à l'intérieur, lait glacé en très petite quantité, repos absolu. Ce régime est suivi, pendant 15 jours, très sévèrement.

Le 8 novembre, le malade se trouve mieux, mais il est très affaibli. Il se plaint encore de douleurs assez violentes, mais très espacées, il n'y a plus de vomissements, l'estomac reste très douloureux, à la pression. Progressivement on reprend l'alimentation, on augmente la quantité de lait, on permet un potage, puis des œufs, puis des purées.

Le 10 novembre cette amélioration continue, mais les douleurs persistent par accès de plus en plus espacés. L'état général s'améliore, les nuits sont meilleures ; le malade dit lui-même qu'il va beaucoup mieux. On continue cependant à lui faire suivre un régime très sévère. Il sort de l'hôpital le 25 novembre, guéri.

Vu, le Doyen :
DEBOVE

Vu, le Président de Thèse
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- AUFRECHT. — Das runde Magengeschwür in Folge subcutaner Cantharidin. Einspritzungen. *Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften*, 5 aug. 1882, n° 31. S. 545.
- ARDIN DELTEIL. — Mal perforant externe de l'estomac. *Montpellier méd.*, 21 août 1904, p. 169-172.
- G. BROUARDEL. — Etude sur l'arsénicisme. *Thèse de Paris*, 1896, p. 22.
- BROUARDEL ET GILBERT. — Traité de médecine et de thérapeutique, p. 290, 416.
- BRINTON. — Maladies de l'estomac.
- BOAS. — Diagnostic de l'ulcère de l'estomac par la mise en évidence de sang latent dans les fèces. *Deutsche méd. Wochenschrift*, 19 nov. 1903, p. 865.
- R. BOCHM UND L. UNTERBERGER. — Beitræge zur Kenntniss der physiologischen Wirkungen der arsenigen Saure. (*Arch. für experimentelle Pathologie und Pharmakologie*, 1874. B. s. 89.
- COMTE DE GENÈVE. — Semaine médicale, 1895.
- CHAPT. — Perforation de l'ulcère simple de l'estomac. *Thèse de Paris*, 1895.
- CRUVEILHIER. — Anatomie pathologique du corps humain, 1830, 10^e livraison. — 1835, 20^e livraison. — *Revue médicale*, 1838. *Archives de médecine*. 1856.
- DELORE. — Association française pour l'avancement des sciences. Compté-rendu de la 5^e session. Clermont-Ferrand, 21 août, 1876, p. 729.
- DIEULAFOY. — Exulceratio simplex. 1^e, 2^e, 3^e leçon. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*. II. 1897-1898, p. 1, 23, 44.
- Exulceratio simplex. L'intervention chirurgicale dans les hématomèses foudroyantes, consécutives à l'exulcération simple de l'estomac. 18 janvier 1898, 3^e s., t. xxxix, p. 49.
- *Presse médicale*, 19 janvier 1898, n° 6, p. 27. Syphilis de l'estomac. *La Syphilis*, Juil. 1903, p. 36.
- DEROUE. — Ulcère simple de l'estomac de cause traumatique. *Thèse de Paris*, 1879.
- DEBOVE ET RÉMOND. — Traité des maladies de l'estomac.
- FILEHNE. — Ueber die Entschung der pathologisch anatomischen

- Veraeuderung des Magens bei Arsenikvergiftung und über die chemische theorie der Arsenikwirkung. *Archiv. für patholog. Anat. u. Physiolog. u. f. klin medicin*, 1881, LXXXIII. B. H. t. s. t.
- A. FOURNIER. — Syphilis de l'estomac. *La Syphilis*, Juil. 1902, p. 5.
- FOLET. — Résultat, après six années, d'une gastro-entérostomie pour gastrite ulcéreuse alcoolique. *Echo med. du Nord*, 13 mars, 1904, p. 121-123.
- B. GASPARD. — Mémoire physiologique sur les maladies purulentes et putrides, sur la vaccine, etc. *Journal de physiologie expérimentale et pathologique*, par F. Magendie, janvier 1822, t. II, n° 1, p. 2.
- GRENET. — Traitement des hémorragies. *Archiv. générales de médecine*, 26 déc. 1905.
- GIBERT. — Ulcère de l'estomac. *Thèse de Paris*. 1887.
- GRIFFON. — *Bulletin de la société anatomique*, 1899.
- GANDY. — L'ulcère simple et la nécrose hémorragique. *Thèse de Paris*, 1899.
- GAILLARD. — Syphilis gastrique et ulcère de l'estomac. *Archiv. générales de médecine*, 1886, p. 66.
- Essai sur la pathogénie de l'ulcère simple. *Thèse de Paris*, 1882.
- GIRAULT, — Les hémorragies occultes du tube digestif. *Thèse de Paris*, 1906.
- HARTMANN. — Société de chirurgie, 24 déc. 1897.
- HAYEM. — Ulcère de l'estomac, mal perforant stomacal. *Arch. de médecine*, 27 oct. 1903. *Gaz. des hôpitaux*, 29 oct. 1903.
- HAYEM ET LION. — *Loc. cit.*, p. 413.
- Art. « gastrite » in *Traité de médecine*, t. IV, p. 347.
- HUTINEL. — *Thèse de Paris*, 1877, p. 119.
- C. HECKER. — Ueber Blutungen aus dem Verdannngscanal bei neugeborenen Kindern Klinik der Geburtskunde, 1864, II. B. s. 343.
- E. A. HOMEN. — Erosions gastriques dans un cas de melœna neonatorum. *Finska laekaresallskapets handligar* Helsingfors, 1890, xxxii, Bd. n° 5, s. 347.
- LETULLE ET VAQUEZ. — Empoisonnement par l'acide chlorhydrique. *Arch. de physiologie*, 1889, p. 101.
- LE DENTU. — Académie de médecine, 4 mai 1897.
- MAY. — Sur un traitement médical de l'ulcère hémorragique de l'estomac. *Thèse de Paris*, 1898.
- MATHIEU. — *Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin*.
- MATHIEU ET ROUX. — Ulcère gastrique. Indications opératoires dans l'ulcère de l'estomac. *Gaz. des hôpitaux*, 23 avril 1903.

- Traitement de l'ulcère de l'estomac. *Gaz. des hôpitaux*, 23 déc. 1902.
- MERKEL. — Un cas d'ulcère gastrique chronique avec hémorragie mortelle, par la veine rénale gauche ulcérée. *Virchow's Archiv.* vol. CLXXIII, fasc. 1, 1903, p. 204.
- MARSHALL LANGTON PRICE. — Hémorragie gastrique mortelle avec autopsie. *Méd. rec.*, 6 juin 1903, p. 892-895.
- MÜNCHMEYER. — Ueber einen Fall von melœna neonatorum. *Centralblatt für gynœkologie*. 20 april, 1889. XIII Jahrg. n° 16, s. 286.
- DU PELOUX. — Repos stomacal absolu et ulcère simple de l'estomac. *Thèse de Paris*, 1904.
- G. POUCHET. — Scille et saponaire. Etude pharmacologique. *Bulletin général de thérapeutique*, 15 fév. 1898, p. 193.
- PARROT. — Athrepsie, 1877, 13^e leçon.
- J. POMORSKI. — Zur ætiologie de melœna vera neonatorum. *Deutsche medicin. Wochenschrift*, 13 sept. 1888, n° 37, s. 762.
- A. PILLIET. — Gastrite sulfurique. *Progrès médical*, 1888.
- QUÉNU ET HARTMANN. — *Société de chirurgie*, juin 1904.
- QUÉNU. — Ulcère simple de l'estomac. *Société de chirurgie*, 22 mars 1904.
- ROCHARD. — Traitement chirurgical de l'ulcère hémorragique de l'estomac. *Bulletin de thérapeutique*, 8 juillet 1904, p. 48.
- RILLIET ET BARTHEZ. — Traité des maladies des enfants.
- STRAUSS ET BLOCQ. — Etude expérimentale sur la cirrhose alcoolique du foie. *Arch. de physiologie*, 1887, p. 489.
- SOUPAULT. — Traité des maladies de l'estomac.
- SAVARIAUD. — De l'ulcère hémorragique de l'estomac et de son traitement chirurgical. *Thèse de Paris*, fév. 1898.
- TURLAIS. — Sur le traitement chirurgical de l'ulcère simple de l'estomac. *Thèse de Paris*, 1900.
- TUFFIER. — *Société de chirurgie*, mai 1904.
- TRASTOUR. — Ulcérations gastriques. *Gazette des hôpitaux*, 20 déc. 1902.
- Traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac. *Congrès de la Société allemande de chirurgie*. Berlin, avril 1906. *Semaine médicale*, 11 avril 1906.
- Traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac. *Congrès de la Société internationale de chirurgie de Bruxelles*, 18-23 sept. 1905. *Presse médicale*, 27 sept. 1905.
- *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 août 1906, p. 611.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	9
--------------	---

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE I. — Différentes causes des ulcérations de l'estomac	11
CHAPITRE II. — Pathogénie. Anatomie Pathologique. Evolution. Etiologie	29
CHAPITRE III. — Symptômes. Diagnostic.	33

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE I. — Traitement médical	37
CHAPITRE II. — Traitement chirurgical.	49
CONCLUSIONS.	65